

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO



**LOCUS DE CONTROLO DE SAÚDE E
COMPORTAMENTOS DOS ADOLESCENTES**

Um Estudo Exploratório

Marta Camilo

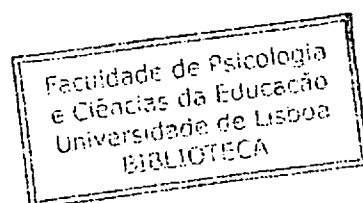
MESTRADO EM PSICOLOGIA

Área de Especialização em Stress e Bem - Estar

2006

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO



**LOCUS DE CONTROLO DE SAÚDE E
COMPORTAMENTOS DOS ADOLESCENTES**

Um Estudo Exploratório

Marta Camilo

MESTRADO EM PSICOLOGIA

Área de Especialização em Stress e Bem - Estar

**Dissertação orientada pela Professora Doutora Adelina Lopes da Silva
e pela Professora Doutora Margarida Gaspar de Matos**

2006

AGRADECIMENTOS

Aqui deixo uma palavra de reconhecimento e agradecimento a todos os que, desde o início de todo este percurso, estiveram comigo partilhando experiências, conhecimentos e afectos e tornando possível a concretização deste trabalho.

À Professora Adelina Lopes da Silva, por ter aceite orientar esta dissertação, pela forma sempre amiga como sempre esteve comigo, pelo empenho, pela disponibilidade e por não me ter deixado desistir, o meu enorme reconhecimento, amizade e os mais sinceros agradecimentos.

À Professora Margarida Gaspar de Matos, pela forma imediata como aceitou acompanhar-me nesta jornada, pelo empenho profissional e pessoal, pela disponibilidade constante, pelo afecto e encorajamento, a minha amizade e gratidão eterna.

À minha família, simplesmente – Obrigado! Por todo o afecto e apoio que me deram ao longo da vida. Ao Orlando, pelo amor e pelo apoio que me tem dado.

A todos os colegas de mestrado, pela relação de afecto e momentos de Bem-Estar (que foram muitos), assim como pelos momentos de Stress que conseguimos ultrapassar, porque estávamos juntos.

À Câmara Municipal de Oeiras, por ter permitido que se criassem as condições necessárias à realização deste trabalho.

E por último, mas não menos importante, a todos os que aqui não foram referidos mas que estão dentro do meu coração.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....4

CAPÍTULO 1: A Saúde dos Adolescentes

1. A Adolescência.....10

2. A Saúde dos Adolescentes.....12

3. Factores Associados ao Risco e Factores de Protecção: Um Equilíbrio para o Desenvolvimento

3.1. Factores Associados ao Risco.....15

3.2. Comportamentos de Risco na Adolescência.....16

Comportamentos Sexuais.....16

Consumo de Álcool.....18

Consumo de Tabaco.....19

3.3. Factores de Protecção.....21

CAPÍTULO 2: Locus de Controlo de Saúde

1. Da origem do conceito à sua definição.....28

2. Locus de Controlo: Dimensionalidade e medidas de avaliação.....32

3. Locus de Controlo de Saúde.....35

CAPÍTULO 3: Metodologia utilizada no 1º Estudo

1. Introdução.....40

2. Procedimento.....42

3. Instrumentos.....44

3.1. Questionário HBSC - Comportamentos e Saúde em Adolescentes em Idade Escolar.....44

3.2. Escala de Locus de Controlo de Saúde.....45

4. Amostra.....	50
CAPÍTULO 4: Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados do 1º Estudo	
1. Distribuição da amostra por sexo, idade e ano de escolaridade.....	52
2. Distribuição da amostra por Consumos de Substâncias.....	54
2.1. Consumo de Álcool.....	54
2.2. Consumo de Tabaco.....	55
3. Distribuição da amostra por Comportamentos Sexuais.....	57
4. Relação entre as Variáveis.....	59
CAPÍTULO 5: Conclusões do 1º Estudo	
1. Conclusões sobre os Comportamentos dos Adolescentes.....	68
2. Conclusões sobre a relação entre o Locus de Controlo de Saúde e os Comportamentos dos Adolescentes.....	70
CAPÍTULO 6: Entrevista Semi-Directiva - 2º Estudo	
1. Definição das Categorias.....	73
2. Participantes e Procedimentos.....	75
3. Análise e Discussão dos Resultados.....	76
CAPÍTULO 7: Discussão e Conclusões	
1. Conclusões, Implicações para a Prática e Sugestões para o Futuro.....	84
2. Limitações e Méritos do Estudo	89
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	92
ANEXOS.....	98

INTRODUÇÃO

"Os factores psicológicos influenciam significativamente o estado de saúde das pessoas, não apenas no sentido da promoção da saúde e da prevenção da doença, como na geração ou recuperação de processos de doença e na morte prematura".

(Friedman, 1991)

INTRODUÇÃO

Falar sobre a adolescência é abordar um período de desenvolvimento no qual a pessoa é confrontada com rápidas alterações físicas, afectivas, sócio-culturais e cognitivas, envolvendo uma série de tarefas desenvolvimentais, como estabelecer uma identidade e atingir autonomia, com fronteiras cronológicas difíceis de definir e onde não há um rito de passagem nítido.

Face a estas mudanças, a múltiplas possíveis rupturas e a numerosos paradoxos, a adolescência é, em si mesma, um período de vida que envolve muitos riscos, tanto na saúde como nas mais diversas áreas (Cordeiro, 1979).

Estas mudanças podem ser percebidas como desafios que envolvem um conjunto de exigências adaptativas, como uma fonte de stress e de obstáculos difíceis de ultrapassar, (Cleto & Costa, 1996), ou como uma ocasião de explorações de novas possibilidades. Desta forma, compreende-se que, na adolescência, haja um acesso mais facilitado aos comportamentos de risco, relacionados, por exemplo, com o uso de veículos motorizados, consumo de substâncias ou com os comportamentos sexuais.

Apesar das primeiras teorias sobre a adolescência considerarem este período como stressante (Seiffge-Krenke, 1995), teorias mais recentes já consideram que este período pode ser vivido de forma moderada (Seiffge-Krenke, 1995).

O que tem vindo a ser observado é que, mesmo na presença de situações adversas ou experiências indutoras de stress, há indivíduos que o fazem conseguindo superar as dificuldades com elevada competência (Trompeta et Guzzo, 2002) e recorrendo a comportamentos de manutenção ou protecção da saúde, enquanto outros colocam sistematicamente a saúde em risco, apesar de nenhum acontecimento de vida o parecer justificar.

Assim, o interesse pelo papel das variáveis psicológicas no comportamento relacionado com a saúde tem vindo a aumentar e desde 1966, várias investigações têm indicado o locus de controlo como um importante preditor dos resultados de saúde (Ribeiro, 1994).

De acordo com a abordagem multidimensional, proposta por Levenson (1973), mencionada em Pasquali e col. (1998), define-se locus de controle como as crenças sobre as quais as pessoas estabelecem as fontes de controle do próprio comportamento.

Muitos dos estudos desenvolvidos sobre este tema e que irão ser referidos no segundo capítulo, consideram que o locus de controlo pode funcionar como factor promotor de comportamentos de saúde, no sentido que quanto mais elevado for o locus de controlo interno, maior será a tendência para o indivíduo sentir responsabilidade pela sua saúde, e consequentemente optar por comportamentos considerados de manutenção ou protecção à sua saúde.

No entanto, muitos outros estudos, que também irão ser enunciados no segundo capítulo, têm vindo a refutar esta ideia, afirmando que a relação encontrada entre o locus de controlo para a saúde e os comportamentos de saúde têm sido controversos e muito modestos.

Assim, tem o presente estudo como objectivo geral, contribuir para a clarificação da relação existente entre o **locus de controlo de saúde** e os seguintes comportamentos:

comportamentos sexuais, avaliados através da experiência sexual e a utilização de preservativo na última relação e o **consumo de substâncias**, avaliados através da experimentação de álcool e tabaco e do consumo excessivo de álcool.

Considera-se, assim, importante a reflexão sobre alguns conceitos como o de saúde do adolescente, os factores associados ao risco para a saúde e os factores de protecção e manutenção da saúde, que serão abordados no **primeiro capítulo** e que permitirão a compreensão, a análise e a discussão dos resultados.

O conceito central deste estudo, o constructo locus de controlo, será apresentado no **segundo capítulo** – da origem à sua definição, passando pela análise dos modelos teóricos explicativos, bem como dos principais estudos empíricos, ilustrativos da vasta investigação desenvolvida neste campo de estudo. Ao fazê-lo, procuramos evidenciar o facto de muitas dúvidas ainda permanecerem acerca do conceito:

1. Será o locus de controlo um constructo unidimensional, como Rotter defendia ou multidimensional? Segundo Prociuk e Breen (1974, in Ribeiro, 2000), a falta de clareza sobre a dimensionalidade deste conceito, sobretudo no que se refere à diferenciação da dimensão externa em duas subdimensões (crença na sorte, acaso ou destino *versus* crença no poder dos outros), tem vindo a suscitar inconsistência de resultados em muitas investigações.

2. Uma outra questão prende-se com o facto de saber se o locus de controlo constitui uma expectativa generalizada ou específica. Rotter considera-o fundamentalmente como uma expectativa geral, não excluindo, no entanto, as expectativas específicas, quando considera que é a partir destas que se adquirem as expectativas gerais. Outros autores, nomeadamente Wallston (1978), considera que se deve ter em atenção a situação específica.

3. Também, o valor preditivo do locus de controlo, para a saúde, tem sido alvo de alguma controvérsia e discussão apresentada por diversos autores (Dielman et al., 1990; Wallston, 1992, in Ribeiro, 1994). Apesar de muitos estudos sugerirem vantagens da internalidade sobre a externalidade, promover a primeira em detrimento da segunda, é partir da hipótese que é melhor ser-se interno, o que nem sempre se verifica. Conforme sugere Phares (1978, in Ribeiro, 2000), uma forte internalidade pode, por exemplo, levar a fortes sentimentos de culpa, se o resultado não for o desejado. Também Strickland (1978, in Ribeiro, 1994) considera que em determinadas circunstâncias é mesmo mais adequado ser externo do que interno.

No **terceiro capítulo**, procuramos clarificar as opções metodológicas, procedimentos adoptados na recolha de dados, instrumentos de avaliação utilizados e constituição da amostra.

No **quarto capítulo** propomo-nos apresentar os resultados, através da análise dos dados, relativos à estatística descritiva e das relações existentes entre as variáveis sócio-demográficas (sexo e ano de escolaridade) e as variáveis de comportamento dos adolescentes: comportamentos sexuais e comportamentos de consumos de álcool e tabaco.

Por último, ainda neste capítulo, procuramos clarificar a relação existente entre o locus de controlo de saúde, nas suas diversas dimensões (externalidade/sorte ou acaso; externalidade/outras poderosas e internalidade), com as variáveis sócio-demográficas e de comportamento dos adolescentes.

No **quinto capítulo**, fazemos um resumo das principais conclusões sobre os comportamentos dos adolescentes e sobre a relação entre o locus de controlo de saúde e os comportamentos dos adolescentes, assim como algumas considerações finais, que

justificam o recurso ao método da entrevista para melhor compreensão do estudo preliminar.

Assim, a descrição do método da entrevista, seus objectivos, procedimentos de análise de conteúdo e discussão dos resultados fazem parte do **sexto capítulo**, ainda referente à metodologia utilizada.

Por último, irão ser apresentadas as principais conclusões sobre o tema e as implicações do mesmo para a prática, assim como as principais limitações, méritos do estudo e serão, ainda, propostas pistas para investigações futuras.

Para finalizar esta introdução, resta apresentar uma breve reflexão sobre o interesse e motivação pela temática deste estudo, que se prende:

(1) Com a crença de que o aumento do conhecimento acerca do locus de controlo, enquanto variável motivacional, poderá ser um contributo importante na elaboração e implementação de programas de promoção da saúde e do bem-estar;

(2) E também, com o facto de muito se ter evoluído no sentido do conhecimento dos comportamentos humanos e há décadas que se reconhece a importância da identificação e intervenção no âmbito da prevenção e redução dos comportamentos de risco, no entanto, o mesmo já não tem acontecido com os factores de manutenção e protecção da saúde, que não têm sido alvos do mesmo interesse e investimento.

Assim, a motivação por este estudo prende-se com a crença de que a intervenção em matéria de saúde deve incidir essencialmente na promoção dos factores protectores, muito especialmente nos factores pessoais, assente não só nos estudos existentes, como na prática profissional da autora, em particular com o trabalho desenvolvido com crianças e jovens.

CAPÍTULO 1

A SAÚDE DOS ADOLESCENTES

“ A Adolescência é tanto um modo de vida quanto um segmento do desenvolvimento físico e psicológico de um indivíduo. Ela representa um período de crescimento e mudanças em quase todos os aspectos da vida física, mental, social e emocional da criança. É uma época de novas experiências, novas responsabilidades e novos relacionamentos com adultos e companheiros.”

Horrocks (1955)

CAPÍTULO 1

1. A ADOLESCÊNCIA

A adolescência é um período de desenvolvimento com rápidas alterações a vários níveis: físicas, afectivas, sócio-culturais e cognitivas. É um período de limites controversos e com fronteiras cronológicas difíceis de definir, mas que de acordo com Sampaio (1994) vai da puberdade à idade adulta, onde ocorrem múltiplas alterações psicobiológicas que contribuem para o estabelecimento da identidade e onde se enquadram um sistema de valores e crenças.

Segundo Hurrelmann (2001), o primeiro período da adolescência começa por volta dos 11 anos e termina por volta dos 14 anos. Fisicamente, o adolescente experimenta as primeiras mudanças pubertárias e um rápido crescimento. Em termos psicológicos os processos intelectuais continuam concretos, ou seja, as decisões tomadas pelo jovem adolescente baseiam-se principalmente nas experiências individuais passadas e presentes. Neste período verifica-se um aumento da relação com os pares e há um fortalecimento do sentimento de identidade, através do desenvolvimento do auto-controlo, auto-estima e competências de auto-eficácia.

No período intermédio da adolescência, entre os 14 e os 16 anos de idade, o adolescente usa a informação recebida em casa, na escola, no grupo de pares e através dos media para completar as suas tarefas desenvolvimentistas. Estas tarefas incluem a separação e independência dos pais, aceitação progressiva da imagem corporal e formação de uma identidade em termos sexuais, intelectuais e profissionais. A influência do grupo de pares é particularmente forte no processo de separação dos pais e da família. O pensamento abstracto é agora mais visível e os adolescentes começam a compreender e associar os efeitos dos seus comportamentos e consequências futuras (Hurrelmann, 2001).

Na fase final da adolescência, dos 16 aos 20 anos, o adolescente é geralmente capaz de pensar em termos formais, o que implica capacidade para discutir e avaliar conceitos abstractos e para planear acções futuras. À medida que a identidade do indivíduo emerge e se consolida, os conflitos com os adultos geralmente diminuem (Hurrelmann, 2001). Apesar de alguns comportamentos problemáticos poderem persistir, a entrada na vida adulta geralmente traz uma tendência para a conformidade e convencionalidade. Os pares continuam a assumir uma influência importante, embora não tão forte como em períodos anteriores, e as diferenças são toleradas mais facilmente.

A procura da independência e a busca de uma identidade constituem, assim, tarefas assumidas durante a adolescência mas que se estendem ao longo de todo o ciclo vital.

Segundo Hurrelmann (2001), os jovens têm vindo a ganhar cada vez mais liberdade no que diz respeito à escolha do seu próprio estilo de vida. No entanto, este aumento de individualidade tem como preço o enfraquecimento dos laços sociais e culturais, o que causa uma certa tensão nos adolescentes e aumenta a probabilidade de insucesso relativamente à resolução das tarefas desenvolvimentistas.

Neste sentido, a qualidade do apoio social disponível ao longo do ciclo de vida é de extrema importância e pode influenciar e determinar as sucessivas decisões que irão

tomar ao longo do processo de crescimento, podendo beneficiar ou prejudicar o bom desenvolvimento e a qualidade de vida. Sendo a família quem habitualmente presta o apoio mais imediato e permanente em situações de crise, a rede social tende a aumentar e a diversificar, alargando-se aos amigos, colegas, conhecidos e outros.

A importância dos estudos sobre este grupo etário justifica-se porque muitos dos comportamentos relevantes para a saúde (comportamentos sexuais, hábitos alimentares, consumos de substâncias, actividade física, entre outros) são iniciados nesta fase da vida. Do mesmo modo, muitas das competências individuais e sociais, que medeiam o impacto destes comportamentos para a saúde, são, igualmente, adquiridos durante a adolescência.

2. A SAÚDE DOS ADOLESCENTES

A Psicologia da Saúde na década de setenta constituiu um marco teórico importante, através da mudança do paradigma médico para um novo paradigma de saúde, que se centra na saúde ao invés das doenças (Ribeiro, 1994, 2000).

Assim, se na Conferência Nacional sobre Medicina Preventiva nos Estados Unidos da América, em 1975 (The John E. Fogarty International Center for Advanced Study in the Health Sciences and the American College of Preventive Medicine, 1976, citado por Kolbe et al., 1986) foi defendido o tratamento médico e sugerido que “a promoção da saúde inclui todas as actividades médicas e de saúde pública tradicionais” (Dias, Duque, Silva & Durá, 2004, p.464), por oposição, outras definições têm vindo a ser apresentadas que evidenciam a importância e necessidade de “reforma social”, onde a promoção da saúde pressupõe o desenvolvimento de políticas de saúde pública, “a criação de ambientes de apoio”, a participação das comunidades, o desenvolvimento das competências pessoais

e a reestruturação da orientação dos serviços de saúde (European Working Group on Concepts and Principles of Health Promotion, 1984, cit. por Dias et al., 2004, p.464).

Destaca-se com este movimento - Segunda Revolução da Saúde, dois conceitos centrais: a Promoção da Saúde e o Estilo de Vida (Matos, 2004).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, saúde é um direito humano fundamental e “um estado completo de bem-estar físico, social e mental, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1993) e comportamento de saúde é todo aquele que tem por objectivo promover, proteger ou manter a saúde, independentemente do estado de saúde real ou percebido (OMS, 1986).

Partindo destas noções, a promoção da saúde baseia-se no princípio geral de que os comportamentos em que nos envolvemos e as circunstâncias de vida têm impacte sobre a saúde e de que determinadas escolhas podem melhorar a qualidade de vida. Entenda-se qualidade de vida como a percepção que os indivíduos têm de que “(1) participam na gestão das suas vidas e da sua saúde, (2) as suas necessidades estão a ser satisfeitas e (3) não lhes estão a ser negadas oportunidades de alcançar felicidade e satisfação, não obstante o estado físico de saúde, ou condições sociais e económicas” (Matos, 2004, p.459).

Em Ottawa, em 1986, na sequência da realização da Primeira Conferência Internacional, definiu-se Promoção da Saúde como o processo de capacitar a população para actuar no sentido de (1) aumentar o controle da qualidade de vida e saúde, através da elaboração e implementação de políticas de saúde; (2) criar condições favoráveis à saúde; (3) fortalecer a participação da comunidade; (4) promover o desenvolvimento de competências pessoais e sociais e (5) reorientar os serviços de saúde (OMS, 1986). Preconizando, desta forma, a importância de uma resposta organizada dos diversos sistemas e reforçando a participação e responsabilização do cidadão na manutenção e

promoção da sua saúde, princípios que além de congregarem as ideias anteriores, sustentam a chamada Terceira Revolução em Saúde.

E ainda, e conforme as conclusões do *Working Group Concepts na Priorities in Health Promotion*, em 1987, “a promoção da saúde: (1) abrange a população no seu dia-a-dia e não só as pessoas em risco, (2) visa tornar a pessoa apta a assumir o controlo e a responsabilidade sobre a sua saúde, (3) visa os determinantes dos comportamentos e situações de risco e protecção, (4) combina métodos multidisciplinares aos vários níveis de intervenção, (5) visa a participação pública no desenvolvimento de competências individuais e colectivas” (Matos, 2004, p.452).

Assim, parece claro que promoção da saúde é a consequência de uma complexa interacção entre factores comportamentais, motivacionais, ambientais, sociais, políticos e económicos, entre outros, e que exige a intervenção e responsabilização de toda a comunidade, nos seus diversos sectores.

No entanto, esta complexidade, ainda se acentua mais quando falamos da adolescência, caracterizada como uma fase de transição da dependência, característica da infância, para a interdependência da idade adulta e onde decorrem, num curto espaço de tempo, muitas e rápidas mudanças, quer a nível fisiológico, emocional e psicossocial, exigindo constantes esforços no sentido da adaptação. Estes factos, aliados à informação incorrecta ou insuficiente e aos serviços de saúde desajustados a esta fase, são responsáveis por padrões de comportamentos de saúde, ou estilos de vida, que em muitos casos se traduzem em múltiplas vulnerabilidades e reais riscos para a saúde dos adolescentes.

3. FACTORES ASSOCIADOS AO RISCO E FACTORES DE PROTECÇÃO: UM EQUILÍBRIO PARA O DESENVOLVIMENTO

3.1. FACTORES ASSOCIADOS AO RISCO

“Os factores de risco têm sido definidos como variáveis ou condições, que aumentam a probabilidade de ocorrência de comportamentos que comprometam a saúde, nas diversas vertentes, biológica, psicológica ou social” (Jesser et al., 1995, citado por Abraão, 1999, p.3). Também, segundo Spekman, Herman e Vogel (1993), são circunstâncias adversas ou perigos que aumentam a probabilidade de comportamentos de risco ou consequências negativas (Trombeta e Guzzo, 2002).

De acordo com as conclusões apresentadas no relatório da Organização Mundial de Saúde, em 2002, no documento denominado *Reduzindo riscos e promovendo uma vida saudável*, são indicados dez factores associados ao risco para a saúde e que apesar de serem responsáveis por grande parte das mortes no mundo, são evitáveis: (1) o sexo não protegido, (2) o consumo de tabaco, (3) o abuso do álcool, (4) a hipertensão, (5) a utilização de água não potável e falta de saneamento básico e de higiene, (6) a sub-alimentação, (7) a obesidade, (8) o fumo de combustíveis sólidos no interior das habitações, (9) a hipercolesterolemia e (10) a deficiência de ferro (in Matos, 2004).

3. 2.COMPORTAMENTOS DE RISCO NA ADOLESCÊNCIA

A propósito da saúde dos adolescentes, considera-se também importante compreender os comportamentos de risco, que segundo a Organização Mundial de Saúde (1986), são atitudes que facilitam o aparecimento de doença ou mal-estar e que podem ser vistos como uma resposta para lidar com as condições de vida adversas.

Estando a adolescência caracterizada por uma multiplicidade de atitudes que vão determinando a socialização e individualização, através de um percurso de incertezas, dificuldades, conflitos e riscos, alguns autores tendem a considerá-la uma “população de risco” (D’Andrea, 1984; Di Clemente, 1996).

Têm vindo a ser identificados como comportamentos de risco para a saúde dos adolescentes um conjunto de factores de ordem pessoal e social que a influenciam directa ou indirectamente. Aspectos como o consumo de tabaco, álcool ou outras drogas, comportamentos sexuais, a alimentação, o exercício físico, o isolamento/exclusão social e a violência, são apontados como importantes indicadores de avaliação do estilo de vida dos adolescentes (Matos, 2002; Trombeta e Guzzo, 2002; Matos 2004).

COMPORTAMENTOS SEXUAIS

Se muitos destes comportamentos podem expressar apenas uma atitude exploratória, de aprendizagem, de curiosidade ou influência do meio, sem significado ou consequência, o que temos vindo a verificar, no que se refere aos comportamentos sexuais, é um aumento nos números de doenças sexualmente transmissíveis e casos de gravidez na adolescência, encontrando-se como principal causa o início da sexualidade cada vez mais cedo, sem protecção.

Segundo um estudo efectuado, pela Comissão Nacional de Luta Contra a Sida, em colaboração com o Instituto de Ciências Sociais, da Universidade do Minho, “quase 12% dos alunos da Universidade do Minho não usaram preservativo na última relação sexual, com um parceiro ocasional”. O estudo revela também que “98,4% dos inquiridos reconhece que o uso do preservativo reduz o risco de transmissão ... e que cerca de dois terços dos estudantes já participaram em acções de sensibilização...”. Este estudo revela, ainda, que os comportamentos sexuais de risco são maiores nos rapazes e tendem a aumentar com a idade. Tendência que parece estar associada com o aumento da experiência sexual, confirmada através da “classe modal de portadores do vírus da sida, situada nos 25-30 anos” (Nossa, 2005).

Num outro estudo efectuado pela Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2002), cerca de um terço das jovens entre os 15 e os 19 anos, já recorreram à pílula do dia seguinte e uma em cada seis jovens entre os 15 e os 19 anos não utiliza qualquer tipo de contraceptivo.

O que se tem verificado é que, mesmo quando obtêm informação adequada e suficiente sobre sexualidade, muitos jovens subestimam o risco, não se verificando, a assunção dos conhecimentos no comportamento sexual.

Outros estudos recentes, efectuados com adolescentes portugueses, vão no sentido da confirmação que são os rapazes e os adolescentes mais velhos que mais referem já ter tido relações sexuais. Relativamente ao uso de preservativo, não foram encontradas diferenças significativas entre rapazes e raparigas ou entre os adolescentes mais velhos e mais novos (Matos et al., 2003; Matos et al., 2005).

CONSUMO DE ÁLCOOL

Também o recurso ao consumo de substâncias tem sido uma preocupação, por comprometer a saúde e por aproximar o jovem às mais variadas situações de risco. Estudos nacionais e internacionais são coincidentes nas conclusões relativamente aos consumos de substâncias, indicando o consumo de drogas lícitas (tabaco e álcool) como muito superior ao consumo de drogas ilícitas, predominando os consumos de álcool.

Segundo as estatísticas apresentadas no Plano de Acção de Luta contra o Alcoolismo (2000) é possível concluir que o consumo de álcool é responsável ou co-responsável por muitas situações de doença ou mesmo de morte (estima-se de 40 a 60%). Aparece, ainda, associado a situações de envolvimento em relações sexuais não protegidas, levando muitas vezes a gravidez não desejada ou a transmissão de doença. É, também, frequente a associação do consumo excessivo de álcool a episódios de violência, acidentes de viação (mais de 40%) e de trabalho (estima-se cerca de 25%), entre outros.

As mudanças registadas nos últimos anos sobre os padrões de consumo de álcool justificam a reflexão e intervenção nesta matéria, dado que se trata de uma das substâncias mais consumida pelos jovens, e dado o protagonismo que o mesmo adquiriu nos tempos livres, como substância de referência nas relações sociais destes.

Também Aarons (1999) refere que alguns problemas de saúde que ocorrem na adolescência estão relacionados com o consumo de álcool. Tomando-se mais preocupantes quanto mais precoce for o seu início.

Sieving, Perry e Williams (2000) verificaram num estudo realizado sobre os modelos de influência dos pares, que os adolescentes com amigos que consomem bebidas alcoólicas apresentam maior probabilidade de se envolver nesse comportamento e que,

habitualmente, os jovens procuram amigos que tenham o comportamento de beber similar ao seu (Matos e al., 2003).

Feldman, Harvey, Holomaty e Shortt (1999) verificaram num estudo sobre crenças e comportamentos especificamente relacionados com o consumo de álcool entre estudantes, que este se encontra significativamente relacionado com o género, o ano de escolaridade e os hábitos de beber de pais e amigos. Constataram, ainda, que os estudantes do sexo masculino, mais velhos, estão em maior risco para o elevado consumo de bebidas alcoólicas, relativamente aos estudantes mais novos ou raparigas.

Também noutros estudos desenvolvidos com população adolescentes, verificou-se que a maioria dos jovens já experimentou álcool e não se verificam diferenças de género, no que se refere à experimentação. No entanto são os rapazes e os adolescentes mais velhos que mais assumem já ter experimentado o consumo excessivo de álcool/embriaguez (Matos et al., 2005).

Quando falamos de adolescentes, que se encontram, como já foi referido, em franco processo de desenvolvimento, o consumo habitual ou abusivo de álcool pode causar danos irreversíveis. A este respeito, Borges (1993) refere-se ao impacto do consumo de álcool como preocupante no desenvolvimento cognitivo e psicossocial dos adolescentes.

CONSUMO DE TABACO

São amplamente reconhecidas as consequências nefastas do tabaco. No continente europeu, apresenta-se mesmo como o factor de risco mais importante para a saúde, sendo considerado a principal causa de morbilidade e mortalidade, destacando-se as doenças coronárias, do aparelho respiratório e o desenvolvimento de várias formas de cancro (OMS, 1997).

Apesar de todas estas consequências temos vindo a verificar um aumento de consumo de tabaco na população adolescente (Matos et al., 2003), especialmente no sexo feminino.

Em estudos recentes, efectuados com adolescentes portugueses, verifica-se que a maioria refere já ter consumido tabaco, não se verificando, no entanto, diferenças significativas em relação aos rapazes e raparigas. Em relação à idade parece haver uma tendência para este consumo aumentar com a mesma (Matos et al., 2003; 2005).

Nos adolescentes, o consumo de tabaco além de aumentar o risco de doença e de dependência, aparece associado a problemas relacionais, emocionais e comportamentais, como: afastamento em relação à escola, à família e mesmo aos colegas, sobretudo em contexto escolar, sentirem-se menos felizes, referirem mais sintomas físicos e psicológicos de mal-estar, apresentarem com maior frequência comportamentos alimentares pouco saudáveis e desconforto com a imagem corporal e ainda, comportamentos de violência/intolerância e consumo de outras substâncias (Matos et al., 2003).

Assim, a intervenção neste âmbito assume uma relevância fundamental na prevenção da doença e na promoção da saúde.

Em síntese, os comportamentos de risco são, segundo a Organização Mundial de Saúde (1986), todos aqueles que habitualmente são identificados como representando um risco ou perigo para a saúde ou bem-estar, tendo por base dados epistemológicos e psico-sociais (Matos et al., 2002).

Apesar de muitos dos factores de risco serem amplamente conhecidos e de se reconhecer a possibilidade de serem controlados ou evitados, constata-se muita dificuldade ou resistência em optar por comportamentos de protecção ou promoção da

saúde. Mesmo perante um quadro de doença, temos verificado dificuldade em alterar comportamentos, porque se tornaram hábitos ou fazem parte do quotidiano, que se repete há longos anos.

Mais difícil se torna quando se fala de adolescentes para os quais a lógica de prevenção e futuro é abstracta e irrelevante.

3.3. FACTORES DE PROTECÇÃO

Nas últimas décadas, diversos investigadores têm demonstrado interesse pelo estudo acerca das diversas formas de lidar com as condições adversas ou indutoras de stress. Esse interesse aparece reforçado com a verificação de que os indivíduos reagem de modo diferente a situações semelhantes, revelando diferentes respostas adaptativas.

Um dos conceitos que mais tem vindo a ser estudado, pela sua importância explicativa deste fenómeno, é a resiliência, resistência ou invulnerabilidade e surge da constatação que, de entre indivíduos expostos aos mesmos factores de risco, uns conseguem organizar-se para lidar com a adversidade, outros não (Cowen et al., 1995; Frasquinho, 1996; Hawkins et al., 1992).

O termo resiliência tem sido definido por diversos autores como a capacidade que alguns têm de “conviver bem com a situação” apesar das condições de vida não serem as mais favoráveis (Trombeta e Guzzo, 2002, p. 18), enquanto Garmezy (1981) descreve “os resilientes como indivíduos que conseguem manter um sonho” (Trombeta e Guzzo, 2002, p.18).

Rutter (1983) refere que a resiliência é um atributo que resulta da combinação de vulnerabilidades e factores de protecção, que prediz a resposta do indivíduo e não sendo um atributo fixo, opera de diferentes formas ao longo da vida, exigindo um ponto de

equilíbrio entre os factores de risco ou acontecimentos que aumentam a vulnerabilidade e os factores de protecção, que promovem a resiliência.

A forma como cada um lida com a vulnerabilidade é específica, mesmo perante uma mesma situação ou experiência. Enquanto alguns desistem, não resolvem ou dão uma resposta desadequada, outros saem até mais reforçados depois de experienciar uma situação ou acontecimento que provoque stress ou sofrimento, e isto também pode ocorrer para o mesmo indivíduo em diferentes momentos da vida. Seria, portanto inadequado dizer que um indivíduo é resiliente perante qualquer situação, ou que é um atributo constante ao longo do tempo.

Winfield (1995) retoma algumas das ideias anteriores (Rutter, 1971, 1979 e Garnezy, 1983, 1987) e refere quatro processos de protecção que considera promover a resiliência:

1. “Redução dos efeitos negativos das situações de risco”. Segundo estes autores é possível alterar o impacte e a avaliação do risco efectuada pelo próprio indivíduo;
2. “Redução da reacção negativa ao risco”. Os autores apontam o afecto e relacionamento como factores moderadores da exposição ao risco;
3. “Estabelecimento e manutenção da auto-estima e da auto-eficácia”. Mais uma vez é indicado por estes autores a importância das experiências afectivas e cognitivas como atenuantes das situações de risco e promotoras da confiança pessoal e da realização de tarefas, com sucesso;
4. A concretização de projectos de vida, nomeadamente no âmbito educacional e de promoção pessoal (in Trombeta e Guzzo, 2002, p. 34).

Estes processos de protecção podem exercer influência directa no comportamento ou podem moderar a relação entre factores de risco e o comportamento, podendo ser divididos em três categorias: condições do próprio indivíduo, condições familiares e condições relacionadas com o apoio social (Garmezy, 1983; Rak e Patterson, 1996; Herrenkol e Egolf, 1994, in Trombeta e Guzzo, 2002).

Do vasto leque de variáveis pessoais, encontram-se como das mais citadas a “auto-estima positiva”, o locus de controlo interno, as competências “pró-sociais” e a capacidade de lidar com as próprias emoções (Luthar, 1993; Grossman et al., 1992; Thompson e Calkins, 1996, in Trombeta e Guzzo, 2002, p.35). As crenças de auto-eficácia, a competência de resolução de problemas e de relacionamento interpessoal e as expectativas de sucesso, são os atributos psicológicos mais referidos como promotores da resistência (Cowen et al., 1995; Frasquinho, 1996; Hawkins et al., 1992; Turner et al., 1995; Watt et al., 1995, in Abraão, 1999).

Muitas outras características pessoais aparecem na literatura como protectoras: sentido de humor, optimismo, expectativas positivas de sucesso, reconhecimento de talentos e competências, identificação com modelos positivos, procura de autonomia, estabilidade emocional, envolvimento em actividades, capacidade de comunicar de forma assertiva, tolerância ao sofrimento, entre outras (Trombeta e Guzzo, 2002).

Fergusson e Lynskey (1996) destacam as características relacionadas com a inteligência como factores de protecção, nomeadamente, a capacidade para resolver problemas, tomar decisões, avaliação das expectativas como desafios e não como ameaças e um bom desempenho académico.

Relativamente às variáveis sociais, de destacar os factores de protecção referentes às características familiares, enunciadas por autores como Garmezy (1991), Werner (1989) e

Grossman e colaboradores (1992), tais como: a coesão, a flexibilidade, a estabilidade, a consistência, a adaptabilidade, a identidade própria, o respeito e partilha de valores, os objectivos, as expectativas e as crenças (in Trombeta e Guzzo, 2002).

Muitos estudos destacam as condições familiares favoráveis a uma boa adaptação, considerando-as como factores de protecção, destacando-se as seguintes pela frequência com que aparecem na literatura: presença de “pais amorosos e competentes”, pais que fazem elogios, que são interessados, preocupados, que participam da vida escolar dos filhos, que têm expectativas positivas para o futuro dos filhos e que estão satisfeitos com a sua própria vida (Trombeta e Guzzo, 2002, p.36). Estes pais têm, segundo Amerikaner e colaboradores (1994), Brooks (1994) e Garnezy (1982), condições para estabelecer uma boa comunicação com os filhos e proporcionar um clima familiar favorável (in Trombeta e Guzzo, 2002).

E por último, a existência de uma rede de apoio social fora da família, que permita uma comunicação aberta, com limites definidos, privacidade, reconhecimento e aceitação, constitui para muitos autores um forte factor de protecção da saúde e promotor do bem-estar (Trombeta e Guzzo, 2002).

Segundo o Modelo do Desenvolvimento Social, Catalano, Hawkins e colaboradores (1992) dizem a respeito das vulnerabilidades e factores de protecção que não são pólos extremos duma mesma variável, mas elementos que interagem reciprocamente. Desta forma, o desenvolvimento saudável resulta do equilíbrio entre factores de risco e factores de protecção, determinado por variáveis como a duração, intensidade e forma dos acontecimentos e ainda pelos recursos sociais disponíveis (Moreira, 2002).

Nesta perspectiva, o sujeito assume-se não como um resultado, mas como uma construção que envolve o indivíduo e o ambiente, emergindo da dinâmica entre factores de risco e de protecção. Ainda, segundo este modelo, a aprendizagem e o estabelecimento dos comportamentos fazem-se ao longo do ciclo de vida, de forma especial durante a infância e adolescência, resultado da experimentação e da pertença aos diversos grupos. Como refere Bandura (1976), a aprendizagem das competências sociais começa no início da vida, através de um processo natural de imitação de modelos disponíveis.

Em síntese, compreender a interacção entre factores de risco e factores de protecção possibilita a elaboração de projectos de prevenção e intervenção, com o objectivo de reduzir ou mitigar os comportamentos de risco e promover competências individuais e sociais. A identificação destes factores representa o investimento necessário em prevenção do risco e promoção da saúde e do bem-estar. Neste sentido, frequentemente, o foco dos programas de educação para a saúde tem como objectivo proporcionar um conjunto de experiências que, não tendo ocorrido naturalmente ao longo da vida, esteja na base de uma redução da eficácia do indivíduo.

Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde 2004 - 2010, já inclui um vasto número de propostas no domínio da promoção da saúde, que abrangem a prevenção do tabagismo, consumo de álcool e outras drogas, a educação para a sexualidade e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, a protecção materno-infantil, a prevenção do sedentarismo, da obesidade e promoção de hábitos alimentares saudáveis, entre outros.

É assim, cada vez mais reforçada a importância da participação e responsabilização, por parte dos indivíduos, na adopção e manutenção de estilos de vida saudáveis, através da educação para a saúde. Entendendo educação para a saúde como o “processo de capacitação, participação e responsabilização dos indivíduos que consiga potenciar a percepção individual de competência, felicidade pessoal e valor próprio, quando a escolha

é adoptar e manter estilos de vida saudáveis” (Matos, 2004, p. 461). No entanto, este processo implica, naturalmente, respostas organizadas dos diversos sistemas e contextos, que permitam que o mesmo possa ter repercussões na vida dos adolescentes.

CAPÍTULO 2

LOCUS DE CONTROLO DE SAÚDE

CAPÍTULO 2

LOCUS DE CONTROLO

1. DA ORIGEM DO CONCEITO À SUA DEFINIÇÃO

A partir dos anos cinquenta e muito especialmente nos anos sessenta e setenta, o interesse dos investigadores desloca-se do comportamento propriamente dito para o estudo dos processos cognitivos. É neste contexto que Julian Rotter se começou a interessar pela natureza do “reforço eficaz”, sustentando que este só produz efeito quando percebido pelo indivíduo como relacionado com o seu comportamento (Barros et al., 1993, in Ribeiro, 2000). Foi este mesmo autor que introduziu o constructo locus de controlo, inserido numa perspectiva de aprendizagem social, integrando, simultaneamente, as teorias do reforço e as teorias cognitivas.

A Teoria da Aprendizagem Social, onde se integra Rotter, constitui uma importante abordagem cognitivo-comportamental e um dos principais passos no sentido de diluir as fronteiras rígidas existentes, até esta altura, entre as teorias behavioristas e as teorias cognitivistas (Bernstein e Nietzel, 1980, in Ribeiro, 2000).

De um modo geral, esta teoria utiliza quatro conceitos elementares na previsão e avaliação do comportamento: *potencial do comportamento*, *valor do reforço*, *especificidade da situação psicológica* e *expectativa do reforço*.

O *potencial do comportamento* refere-se à probabilidade de ocorrência de um determinado comportamento em função da sua relação com o reforço obtido. Este potencial depende das experiências acumuladas, expectativas de reforço e valores do

reforço, que podem gerar sistematicamente alterações de comportamento, num processo dinâmico.

O *valor do reforço* refere-se à avaliação das experiências dos diversos reforços e que leva à preferência de determinados reforços em detrimento de outros, igualmente disponíveis. Rotter salienta que, mais do que o reforço isoladamente, é a interacção entre expectativa e reforço que leva a adopção de determinado comportamento. Isto porque se o indivíduo não tiver expectativas de alcançar um determinado objectivo ou reforço, provavelmente não irá investir nesse sentido, independentemente do valor do reforço (Lourenço, 1986). Este difere de indivíduo para indivíduo, dependendo dos seus objectivos, interesses e da situação.

A *situação psicológica* refere-se à forma como o indivíduo percepção ou vivencia os componentes da situação ou a sua totalidade e que despertam no indivíduo expectativas acerca do reforço de determinados comportamentos (Barros et al., 1993; Lourenço, 1986).

A *expectativa de reforço* refere-se à probabilidade, avaliada pelo indivíduo, de ocorrência de um determinado reforço ou reforços, em função de um determinado comportamento e situação. Desta forma, a expectativa individual de que um comportamento específico tem um determinado reforço por resposta, depende da avaliação e caracterização da situação ou conjunto de situações.

As expectativas podem ser mais específicas, ou seja, estarem relacionadas com uma situação em particular, ou mais gerais - expectativas generalizadas. Estas são o resultado de experiências acumuladas e resultam da tendência de generalizar de umas situações para outras, habitualmente porque são encontradas semelhanças entre elas. Na perspectiva de Rotter (1966), esta variável desempenha um papel central e o locus de controlo aparece como a expectativa generalizada mais importante (Ribeiro, 2000).

Também Dubois (1987) indica seis postulados que, segundo este autor, estão na base da Teoria da Aprendizagem Social:

1. As variáveis pessoais e características do meio ambiente não explicam o comportamento, se consideradas individualmente;
2. Os comportamentos são aprendidos e não determinados biológica ou geneticamente;
3. A personalidade é o resultado das diversas experiências pessoais;
4. As variáveis situacionais ou específicas (características da situação) e as variáveis disposicionais ou gerais (características da pessoa) são igualmente importantes;
5. De forma a controlar as situações, o comportamento ou comportamentos, orientam-se por objectivos;
6. A probabilidade de ocorrência de um determinado comportamento depende da importância atribuída aos objectivos, das expectativas acerca desses fins e dos reforços esperados (in Ribeiro, 2000).

Em suma, a teoria da aprendizagem social, entende o comportamento como o resultado das expectativas, do valor do reforço e do impacto da situação psicológica, sublinhando a importância das características individuais e as influências do meio (Barros, 1991, in Ribeiro, 2000).

Segundo Ribeiro (2000), um indivíduo “entra numa situação com expectativas, fundadas nas suas experiências passadas, em relação aos prováveis resultados do seu comportamento”. Nesta sequência, a probabilidade de ocorrência de um determinado comportamento, segundo Fanelli (1977), pode ser expressa na seguinte fórmula: $pC=f(E)+VR$ (“a probabilidade de certo comportamento ocorrer é função da expectativa, formada a respeito dos resultados e do valor do reforço” (Ribeiro, 2000, pp. 302). A ocorrência de um determinado comportamento aumenta na medida em que as

expectativas presentes e passadas forem no sentido de um resultado recompensador e a frequência diminui se o resultado for antecipado como não recompensador (Fanelli, 1977, in Ribeiro, 2000).

Também para Rotter, a expectativa relacionada com uma situação específica resulta da percepção que o indivíduo tem do reforço que irá obter do seu comportamento e a probabilidade de sucesso depende do conceito de competência pessoal e da avaliação do nível de dificuldade da tarefa (Fontaine, 1987, in Ribeiro, 2000).

Neste contexto, propomo-nos reflectir sobre uma das características pessoais que, sobretudo desde 1966, mais tem vindo a ser indicada como um importante preditor dos resultados de saúde: o locus de controlo (Ribeiro, 1994).

O locus de controlo é um constructo, nascido na Teoria da Aprendizagem Social e apresenta-se como uma característica psicológica que indica se a percepção que o indivíduo tem do que lhe acontece é consequência das suas decisões e actos e que pode ser por ele controlado (controlo interno) ou se essa atribuição vai no sentido de considerar que o que lhe acontece não depende de si e do seu comportamento e, por isso, está fora do seu controlo (controlo externo), (Ribeiro, 1994).

Segundo Rotter (1966, in Ribeiro, 2000), o locus de controlo refere-se às expectativas generalizadas de controlo interno e externo sobre o reforço. Considera que um indivíduo possui uma crença de controlo interno se percebe que o acontecimento é determinado pelo seu próprio comportamento e possui uma crença de controlo externo quando um reforço é percebido na sequência de uma acção sua, mas não dependente desta, normalmente percebido como o resultado do destino, sorte ou o acaso, ou ainda, sob o controlo de outros e desta forma, imprevisível.

Assim, enquanto o locus de controlo interno se refere à percepção de controlo pessoal sobre a situação, o locus de controlo externo refere-se à percepção de que o resultado não é determinado pelo próprio comportamento.

Segundo este modelo, os indivíduos predominantemente internos tendem a avaliar as situações como resultado do seu próprio comportamento, das suas competências e como tendo controle sobre estas, e os indivíduos predominantemente externos têm tendência para perceber os acontecimentos como resultantes da sorte ou acaso, fora do seu domínio ou do seu controle.

2. LOCUS DE CONTROLO: DIMENSIONALIDADE E MEDIDAS DE AVALIAÇÃO

Relativamente à dimensão do constructo locus de controlo, tem existido alguma controvérsia sobre se se trata de um conceito uni ou multidimensional.

Rotter (1966) defende que o locus de controlo é um conceito unidimensional, onde os indivíduos podem ser classificados ao longo de um *continuum* desde uma internalidade extrema a uma externalidade extrema, ideia que tem vindo a ser refutada por vários autores (Collins, 1974; Wallston & Wallston, 1978; Boyle & Harrison, 1981; Lau & Ware, 1981, in Ribeiro 1994).

Partindo deste pressuposto, Rotter construiu uma escala de avaliação com 23 itens com resposta de escolha forçada, onde o indivíduo tem de escolher uma de duas alternativas e que reflecte uma orientação interna ou externa.

Levenson (1973) considera tratar-se de um conceito multidimensional, sugerindo as seguintes fontes de controlo: externalidade/sorte; externalidade/outros e internalidade. Também, Wallston e col. (1978) identificaram três dimensões do locus de controlo,

estatisticamente independentes: interno, acaso/sorte e autoridades externas (Bennett, 1999).

Uma outra dúvida que se coloca em torno deste constructo é de saber se constitui uma expectativa generalizada ou específica, estando dependente desta discussão conceptual a própria elaboração dos instrumentos de avaliação.

Rotter (1966) ao ter considerado locus de controlo fundamentalmente uma expectativa geral, construiu a sua escala neste sentido, embora não tenha excluído as expectativas específicas, ao considerar que é a partir destas que se chega à generalização.

As inúmeras análises factoriais que têm vindo a ser efectuadas, às escalas locus de controlo, especialmente à escala de Rotter (Collins, 1978; Duffy et al., 1977, in Lourenço, 1986), têm conduzido a várias sub-escalas, colocando em causa a ideia de Rotter (1966) de locus de controlo como uma expectativa generalizada sobre o reforço.

Também, Levenson (1973), apesar de se diferenciar de Rotter ao defini-lo como um constructo multidimensional, considera tratar-se de uma expectativa geral, por isso aplicável a todas as situações.

“Embora o locus de controlo seja uma característica geral, que se aplica a todas as situações da vida”, muitos instrumentos têm sido construídos para avaliar o locus de controlo em áreas específicas, como a saúde (Ribeiro, 1994, p.2).

Uma das primeiras tentativas de construir uma escala para avaliar o locus de controlo de saúde deve-se a Wallston e colaboradores, em 1976. Também outros autores, como Palenzuela, em 1988, construiu uma escala que avalia as expectativas específicas, aplicáveis à situação escolar (Ribeiro, 2000). Estas escalas divergem da escala de Rotter na forma de responder, utilizando uma escala de tipo *Lickert*, ao invés de uma resposta de escolha forçada.

Uma das dúvidas que se tem colocado sobre estas duas formas de avaliação do locus de controlo é sobre se as respostas de tipo *Lickert* e a resposta de escolha forçada se chegam ou não aos mesmos resultados. Collins, em 1974, ao converter os 23 itens de escolha forçada da escala de Rotter, numa escala de 46 itens de tipo *Lickert* (cada item passa a constituir duas afirmações antagónicas) verificou, que os indivíduos que participaram no estudo eram classificados da mesma maneira, concluindo que “os formatos de resposta de escolha forçada e de tipo *Lickert* são, do ponto de vista empírico, e na essência, idênticos” (Ribeiro, 1994, p.3). Esta análise de Collins, sobre a escala original de Rotter, encontrou duas dimensões distintas: “predictibilidade dos acontecimentos *versus* sorte e atribuições situacionais *versus* pessoais” (Ribeiro, 1994, p.3). A primeira refere-se à crença de que o que acontece obedece a um determinado padrão: regular e por isso controlável; ou imprevisível e por isso incontrolável. A segunda refere-se à crença de que as coisas dependem de si ou dependem de outros factores que não controlam. Estas duas dimensões, segundo Collins, dão origem a quatro factores, com “característica de externalidade *versus* internalidade comum a todos” (Ribeiro, 1994, p.3). A externalidade *versus* internalidade de cada factor, segundo este autor, não se correlaciona com as outras internalidades e externalidades de outros factores, o que pode significar que os indivíduos são mais ou menos externos consoante a situação.

Num outro estudo onde foi utilizada uma escala de avaliação do locus de controlo específica para a saúde, Boyle & Harrison (1981) encontraram dois factores que reflectem as dimensões de internalidade e externalidade: “se eu ficar doente, isso acontece devido a algo que eu fiz” e “a saúde é, em larga medida, uma questão de sorte” (Ribeiro, 1994, p.4). Estes dois factores, numa escala de tipo *Lickert* de 6 posições, a variarem entre “concordo completamente” e “discordo completamente”, permite que ambos representem

a internalidade e externalidade, o que não acontece no modelo de avaliação de Rotter, que, como já foi referido consiste num questionário de escolha forçada.

Ainda de salientar que, segundo os modelos que consideram o locus de controlo como uma expectativa específica, um indivíduo pode variar o seu grau de internalidade-externalidade ao longo da vida ou pode mesmo, perante as diversas circunstâncias, manifestar-se simultaneamente interno (por exemplo, na escola) e externo (por exemplo em casa).

Barros e colaboradores (1993), referem existir uma tendência sociocognitiva, mais ou menos dominante no indivíduo, para a internalidade ou externalidade, embora possa variar em função de determinados factores.

3. LOCUS DE CONTROLO DE SAÚDE

Embora o locus de controlo tenha nascido da teoria da aprendizagem social, como uma característica geral como já foi referido, diversos autores defendem que esta variável pode, e deve, ser considerada de forma específica, como é o caso do domínio da saúde (Strickland, 1978; Wallston, 1978).

Desde a década de sessenta que se pensa no locus de controlo como um importante preditor dos resultados de saúde (Ribeiro, 1994) e diversas investigações têm demonstrado o interesse pelo papel desta variável no comportamento relacionado com a saúde e com a doença.

Num modelo específico para a saúde, Wallston e colaboradores (1978) identificaram três dimensões do controlo percebido, estatisticamente independentes: interno, acaso/sorte e autoridades externas. Este modelo sugere que as pessoas com

pontuações altas na dimensão interna consideram a sua saúde como algo que depende em grande parte do seu próprio controlo e é provável que optem por comportamentos de protecção da saúde. Contrariamente, os que têm pontuações elevadas na dimensão acaso/sorte consideram a sua saúde como algo independente do seu comportamento e provavelmente irão envolver-se com maior facilidade em comportamentos prejudiciais para a saúde do que aqueles que têm pontuações mais baixas. As implicações de uma forte crença em autoridades externas na saúde (habitualmente os serviços médicos) são, segundo Bennett (1997) mais difíceis de prever.

Segundo vários estudos, as variáveis locus de controlo e saúde estão relacionadas na medida em que indivíduos com elevada percepção de controlo adoptam mais facilmente comportamentos de promoção da saúde e tendem a evitar comportamentos de risco e ainda porque a percepção de controlo reduz os níveis de stress (Bennett, Moore, Norman, Murphy e Tudor, 1997).

Já em 1977, Anderson refere que os "indivíduos internos" tendem a optar pela resolução de problemas para reduzir o stress, apresentam estilos de vida mais saudáveis, são mais persistentes e apresentam elevado auto-conceito e valorizam mais o êxito (in Dela Coleta, 1987).

Também Rotter, em 1966, e posteriormente Lefcourt (1991), consideraram que os indivíduos com percepção de controlo interno estão mais preocupados com os êxitos e fracassos, resistem mais às manipulações exteriores, mantêm mais os objectivos, apresentam rendimento escolar mais elevado e atitudes mais positivas, estão mais atentos ao meio ambiente de forma a obter mais informação que os oriente e esforçam-se mais para atingir os objectivos (in Noriega e col., 2003).

Ainda, segundo Sánchez (1990), a internalidade está associada a melhor adaptação, satisfação, envolvimento nas actividades e motivação para o êxito do que a externalidade.

Um aspecto que parece estar relacionado com a externalidade é o processo que ocorre quando o indivíduo associa a falta de controlo com determinadas situações quotidianas, podendo mesmo apresentar depressão, que aumenta na medida da incapacidade percepcionada (Noriega et al., 2003). Da mesma forma, se a expectativa de determinada consequência for independente do seu próprio comportamento, a motivação e envolvimento para inibir ou alterar essa consequência tende a ser nula ou muito baixa (Seligman, 1977, in Noriega et al., 2003).

Segundo Robbins (1996) os “indivíduos externos” estão menos satisfeitos, envolvem-se menos e faltam mais ao trabalho, porque se identificam pouco com os resultados organizacionais (in Noriega et al., 2003).

Em 1982, Lau num artigo de revisão de literatura, confirma que o controlo interno se apresenta como uma variável importante para a saúde, nomeadamente no deixar de fumar, perder peso, no controlo de natalidade, na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, na vacinação e no controlo de crises de epilepsia.

Outras investigações têm demonstrado a relação entre o controlo interno e o “envelhecimento saudável” (Waller et al., 1992), redução de peso excessivo (Chavez, 1980), redução do consumo de tabaco (Kaplan et al., 1981), adesão às prescrições médicas (Lewis et al., 1978), ajustamento à doença cancerosa (Taylor et al., 1984) e ajustamento à dor (Buckelew et al., 1990), (in Ribeiro, 1994).

O locus de controlo tem, também, sido muito estudado e aplicado no desenvolvimento de programas de prevenção e intervenção na promoção da saúde (Quadrel & Lau, 1989; Casey et al., 1993; Marlatt & Gordon 1993, in Ribeiro, 1994).

No entanto, e apesar do conceito de locus de controlo para a saúde ser reconhecido como um dos mais influentes na psicologia da saúde, a associação entre esta variável e os comportamentos não tem sido muito clara (Bennett & Murphy, 1999). Também, Wallston

e Wallston (1984) consideram o conceito de locus de controlo para a saúde, só por si, uma medida modesta na predição do comportamento de saúde (Bennett & Murphy, 1999).

E numa revisão de literatura, Bennett e Murphy (1999), referem várias investigações onde os resultados encontrados concluem nos dois sentidos: a existência de uma relação fraca entre o locus de controlo para a saúde e o comportamento adoptado (Steptoe et al., 1994; Calman, 1989; St. Lawrence, 1993) e uma relação positiva entre locus de controlo e comportamentos de manutenção ou promoção da saúde e do bem-estar (Weiss & Larsen, 1990; Slenker et al., 1985; Kelly et al., 1990).

Segundo Bennett (1997) e de acordo com a teoria da aprendizagem social, se os indivíduos são motivados a adoptar comportamentos que levem a resultados valorizados, então é provável que as crenças relativas ao locus de controlo influenciem os comportamentos relacionados com a saúde, apenas nos indivíduos que atribuem um valor elevado à sua saúde. Ou seja, é pouco provável que as pessoas adoptem comportamentos de saúde, independentemente das suas crenças de locus de controlo, se não a valorizarem. Assim, e de acordo com esta teoria, as pessoas com maior probabilidade de optar por comportamentos de protecção da saúde serão as que atribuem um elevado valor à sua saúde e não apenas as que têm valores altos na avaliação do locus de controlo interno.

CAPÍTULO 3

METODOLOGIA UTILIZADA NO 1º ESTUDO

CAPÍTULO 3

METODOLOGIA UTILIZADA NO 1º ESTUDO

1. INTRODUÇÃO

Partindo do conhecimento já existente acerca dos comportamentos dos adolescentes portugueses e da hipótese geral, que quanto mais elevado for o locus de controlo interno, maior será a tendência para o indivíduo sentir responsabilidade pela sua saúde, e consequentemente optar por comportamentos considerados de manutenção ou protecção à sua saúde, e tendo ainda presente os estudos referidos no enquadramento teórico dos temas, chegamos à formulação das seguintes hipóteses:

Hipótese 1 - Existem diferenças entre rapazes e raparigas, relativamente aos consumos de tabaco e álcool.

Hipótese 2 - Existem diferenças entre os adolescentes mais novos e mais velhos no que se refere aos consumos de tabaco e álcool, sendo estes consumos superiores nos adolescentes mais velhos.

Hipótese 3 - Existem diferenças entre rapazes e raparigas no que se refere à experiências sexual, esperando-se um número mais elevado nos rapazes em relação às raparigas.

Hipótese 4 - Não existem diferenças entre rapazes e raparigas, no que se refere ao uso de preservativo, a avaliar pela última relação sexual.

Hipótese 5 - Existem diferenças entre os adolescentes mais novos e mais velhos no que se refere às relações sexuais, sendo essas diferenças traduzidas num número mais elevado de experiências sexuais nos mais velhos.

Hipótese 6 - Não existem diferenças significativas entre os adolescentes mais novos e mais velhos no que se refere ao uso de preservativo na última relação sexual.

Hipótese 7 - Os adolescentes que apresentam níveis elevados na dimensão interna do locus de controlo assumem comportamentos sexuais mais protegidos, avaliados através do uso de preservativo.

Hipótese 8 - Os adolescentes que apresentam níveis elevados na dimensão interna do locus de controlo envolvem-se menos em comportamentos de consumos de álcool e tabaco, avaliados através da experimentação de álcool e tabaco e da embriaguez.

Hipótese 9 - Os adolescentes que apresentam pontuações elevadas na dimensão externa do locus de controlo envolvem-se com mais facilidade em comportamentos sexuais de risco, avaliados através da experiência sexual e uso de preservativo na última relação.

Hipótese 10 – Os adolescentes que apresentam pontuações elevadas na dimensão externa do locus de controlo envolvem-se com mais facilidade em comportamentos de consumos, avaliados através da experimentação de álcool e tabaco e da embriaguez.

Hipótese 11 - O locus de controlo interno aumenta em função da idade, ou seja, os adolescentes mais velhos apresentam valores superiores na variável locus de controlo de saúde, em relação aos mais novos.

Neste capítulo, iremos de seguida apresentar os resultados referentes aos comportamentos dos adolescentes relacionados com os consumos de substâncias: tabaco e álcool e relacionados com os comportamentos sexuais; compará-los com alguns dados nacionais e posteriormente, centrar-nos-emos na relação destas variáveis com a variável locus de controlo de saúde, partindo do pressuposto que esta pode influenciar a adopção destes comportamentos.

2. PROCEDIMENTOS

A escolha das escolas que participaram no estudo, surge do facto da autora se encontrar, na altura do início deste estudo, a colaborar no Projecto de Investigação *“Aventura Social, Etnicidade e Risco - Prevenção Primária do VIH em Adolescentes de Comunidades Migrantes”*, da responsabilidade da equipa do HBSC/OMS em Portugal / Projecto Aventura Social, da Faculdade de Motricidade Humana/UTL e do Centro da Malária e outras Doenças Tropicais, do Instituto de Higiene e Medicina Tropical/UNL, com o apoio financeiro da Comissão Nacional da Luta Contra a Sida/Fundação para a Ciência e Tecnologia que previa a utilização do questionário HBSC, numa amostra de

adolescentes, provenientes de quatro zonas da cidade de Lisboa ou zonas limítrofes, em contexto escolar e de bairro. A escolha do contexto escolar permite seguir o protocolo de aplicação do questionário Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), estabelecido para o estudo nacional desenvolvido em 2002 pela equipa do Projecto Aventura Social, da Faculdade de Motricidade Humana, da Universidade Técnica de Lisboa.

No Concelho de Oeiras, foram seleccionadas três escolas públicas do ensino regular (Escola Secundária Aquilino Ribeiro, Escola secundária Luís de Freitas Branco e Escola 2,3 Dr. Joaquim de Barros). Os convites às escolas seleccionadas para participar no estudo foram efectuados através de contactos com os Conselhos Executivos e apenas duas escolas confirmaram estarem disponíveis: Escola Secundária Aquilino Ribeiro e Escola 2,3 Dr. Joaquim de Barros. A Escola secundária Luís de Freitas Branco justificou a não disponibilidade devido ao facto do estudo se desenvolver durante o mês de Maio, altura que consideravam perturbadora, sobretudo ao nível dos 10º anos.

As escolas aderentes foram convidados a estar numa reunião onde foram apresentados: os objectivos do estudo, os instrumentos de avaliação que iriam ser utilizados, o tempo necessário para preenchimento dos mesmos (cerca de 60 a 90 minutos) e os ganhos esperados com a realização do estudo no estabelecimento de ensino (devolução dos resultados à escola, para conhecimento e possibilidade de desenvolvimento de projecto de prevenção na escola).

Posteriormente, a escolha das turmas (7) foi efectuada aleatoriamente, por sorteio, de modo a estratificar a amostra pelos anos pretendidos e de seguida foram entregues (1) os questionários, em envelopes fechados e identificados por turma (contendo 30 questionários para cada turma) e (2) uma carta de procedimentos para cada professor.

Antes da entrega dos questionários aos alunos, o professor procedeu à leitura da carta anexa onde se informava que o preenchimento do mesmo é voluntária, anónima e confidencial.

Os instrumentos, após o seu preenchimento, foram novamente colocados, pelos alunos, no mesmo envelope que de seguida foi fechado e posteriormente recolhidos pela autora. As aplicações decorreram durante o mês de Maio de 2004.

3. INSTRUMENTOS

Os instrumentos de pesquisa utilizados foram o questionário “ Comportamentos e Saúde em Adolescentes em idade escolar”, adoptado no estudo internacional do HBSC – Health Behaviour of School Aged-Children de 2002, traduzido para português, pela equipa do Projecto Aventura Social, da Faculdade de Motricidade Humana, da Universidade Técnica de Lisboa (Matos et al., 2005) e a Escala de Locus de Controlo de Saúde (Ribeiro, J.P., 1994).

A escolha destas medidas deve-se ao facto de já terem sido traduzidas e adaptadas para a população portuguesa e de apresentarem propriedades métricas satisfatórias.

3.1. QUESTIONÁRIO HBSC - “COMPORTAMENTOS E SAÚDE EM ADOLESCENTES EM IDADE ESCOLAR”

O HBSC é um questionário de auto-preenchimento, composto por 73 questões, dividido em três partes (em anexo). Uma primeira parte engloba questões demográficas,

questões relacionadas com o ambiente escolar, consumos de tabaco e álcool, violência, imagem corporal e pares. Uma segunda parte que integra questões relacionadas com cultura de grupo e lazer, consumo de drogas e actividade física, e uma terceira parte que inclui questões relacionadas com o comportamento sexual e atitudes e conhecimentos face ao VIH/SIDA. A segunda e terceira parte do questionário inclui questões específicas ao questionário português.

De salientar que, apesar dos jovens terem respondido ao questionário integral, dado que, como já foi referido, esta amostra foi utilizada também no estudo "*Aventura Social, Etnicidade e Risco*" (Matos et al., 2005), neste estudo foram apenas utilizadas as questões demográficas (sexo, idade, ano de escolaridade e nacionalidade); relacionadas com consumos de substâncias (consumo de tabaco e álcool) e algumas questões sobre o comportamento sexual (experiência sexual; idade da primeira relação; uso de preservativo).

3.2. ESCALA DE LOCUS DE CONTROLO DE SAÚDE

A construção da Escala de Locus de Controlo de Saúde resultou do estudo e selecção de itens das seguintes escalas: Health Locus of Control Scale (Wallston et al., 1976); Multidimensional Health Locus of Control Scales (Wallston et al., 1978) e Health-Specific Locus-of-Control (Lau & Ware, 1981).

Desta forma foram produzidos 39 itens pertencentes às diversas escalas e na sequência da tradução, adaptação e aplicação, resultou a Escala de Locus de Controlo de Saúde, com 14 itens, distribuídos por dois factores: o primeiro factor, com oito itens, foi denominado "Locus de Controlo" (LC) e o segundo factor, com seis itens, denominado

“Outros Poderosos” (OP). Fazem parte do primeiro factor itens que relacionam a saúde com a sorte ou o acaso e constituem o segundo factor itens que associam a saúde aos cuidados médicos (em anexo). São exemplos de cada um dos factores:

Primeiro factor (LC) – A sorte desempenha um papel importante na quantidade de tempo que uma pessoa leva a recuperar de uma doença;

Segundo factor (OP) – Para se recuperar de uma doença são necessários, essencialmente, bons cuidados médicos.

A resposta é dada numa escala de Lickert de 7 posições, a variarem entre “discordo totalmente” e “concordo totalmente” e o resultado do somatório varia entre 14 e 98, correspondendo o valor mais baixo ao locus externo e o mais elevado ao locus interno.

Esta versão apresenta, segundo o autor, propriedades métricas idênticas, ou mesmo superiores, às escalas originais (alfa=0,75, para o primeiro factor; alfa=0,74, para o segundo factor; alfa=0,69, para a escala total).

Estes valores, comparados com os obtidos noutras escalas com semelhantes é superior, como é o caso da escala original de Wallston e colaboradores (1976) onde os valores de alfa obtidos, para três populações diferentes variaram entre 0,40 e 0,72. Também Boyle e Harrison (1981), ao utilizarem a escala de locus de controlo de saúde, encontraram um valor de 0,49 para a consistência interna da escala total. Outros autores, como Lau e Ware (1981) encontraram valores de consistência interna que variaram entre 0,39 e 0,71, ao utilizarem uma outra escala de locus de controlo de saúde (Ribeiro, 1994). Segundo Ribeiro, a escala de Locus de Controlo de Saúde tem-se verificado “predictora de resultados de saúde, nomeadamente com a percepção geral de saúde ($p<0,05$) avaliada com *General Health Perception Battery do Rand's Health Perceptions Study*’, apresentando os indivíduos mais internos, melhor percepção de saúde” e mostrando-se a sub-escala “outros poderosos” igualmente predictora dos domínios “prevenção ($p<0,01$) e

protecção ($p < 0,05$) do questionário de avaliação dos comportamentos/attitudes pertencentes ao *Life-Style-Assessment-Questionnaire*²” (1994, p.13).

Após a aplicação dos instrumentos, estes foram conferidos, numerados sequencialmente e os dados introduzidos manualmente no programa “Statistical Package for Social Sciences” (SPSS, versão 12).

Foi realizada a verificação dos instrumentos incompletos ou nulos, procedendo-se à eliminação de 7 sujeitos.

A escala de Locus de Controlo de Saúde foi submetida a análise factorial confirmatória, com o objectivo de verificar o grau de coesão entre os dados obtidos e o modelo construído por Pais Ribeiro (1994).

Assim, a matriz original foi sujeita a análise factorial em componentes principais, e foram extraídos dois factores. Estes foram rodados por varimax (Rotated Component Matrix) e conforme se pode observar no Quadro 1, os itens da Escala do Locus de Controlo de Saúde agrupam-se em dois factores, encontrando-se, no entanto, dois dos itens do primeiro factor - *Locus de Controlo* (item 6 e 8), no segundo factor - *Outros Poderosos*.

¹ Brook et al., 1979.

² Hetler, B., 1982.

Quadro 1

Análise Factorial em Componentes Principais e Rotação Varimax com 14 itens

ITENS	F 1	F 2
7. Ter ou não ter boa saúde é, apenas, uma questão de sorte	,767	
12. Muitas das coisas que afectam a saúde das pessoas são fruto do acaso	,742	
3. As pessoas que nunca adoecem, é porque têm muita sorte	,718	
13. A sorte desempenha um papel importante na quantidade de tempo que uma pessoa leva a recuperar de uma doença	,716	
2. O facto de as pessoas se sentirem bem ou não, depende, muitas vezes, do acaso	,522	
4. Em saúde não se pode invocar quase nunca "má sorte"	,435	
10. No que diz respeito à saúde, as pessoas têm, apenas, de seguir as instruções do médico		,695
11. Quando alguém recupera de uma doença é, normalmente, porque algumas pessoas (por ex. o médico ou enfermeira, família, amigos) tomaram bem conta dela		,671
9. Manter contacto regular com o médico é a única maneira de evitar ficar doente		,650
8. Se uma pessoa tiver cuidado com o que faz consegue evitar ficar doente		,576
5. Para se recuperar de uma doença são necessários, essencialmente, bons cuidados médicos		,566
6. Recuperar de uma doença não tem nada a ver com a sorte		,528
1. Procurar o médico para fazer check-ups regulares é um factor chave para se manter saudável		,527
14. Consultarem regularmente um bom médico é a única coisa que se pode fazer para não ter problemas de saúde		,481
Variância total explicada	23,9%	17,2%

Testada a fidelidade da escala e sub-escalas, através de Alphas de Cronbach, verificou-se que o primeiro factor - *Locus de Controlo*, apresenta um valor de *alpha* de 0,74, o segundo factor - *Outros Poderosos*, apresenta um valor de *alpha* de 0,72, e que o valor de *alpha* para a escala total é de 0,75. Como se pode verificar os *alphas* obtidos são semelhantes aos valores apresentados para a escala inicial.

4. AMOSTRA

Conforme já referido, participaram neste estudo uma amostra de conveniência, constituída por 98 adolescentes, do 8º ano e do 10º ano de escolaridade, de duas escolas públicas do ensino regular, do Concelho de Oeiras.

CAPÍTULO 4

APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO 1º ESTUDO

CAPÍTULO 4

APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO 1º ESTUDO

1. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR SEXO, IDADE, NACIONALIDADE E ANO DE ESCOLARIDADE

No Quadro 3 é possível observar as frequências e percentagens para variáveis nominais, médias e desvio padrão para variáveis contínuas, dos 91 adolescentes que integraram a amostra para análise (após anulação dos questionários/escala não válidos).

Quadro 3

Tabela de frequências por sexo, idade e ano de escolaridade

	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM	MÉDIA	D.P.
1. SEXO MASCULINO	40	44%		
2. SEXO FEMININO	51	56%		
3. IDADE			15,5	1,53
4. 8º ANO ESCOLARIDADE	50	55%		
5. 10º ANO ESCOLARIDADE	41	45%		

Desta forma, é possível constatar que a amostra total se encontra distribuída de forma não equitativa pela idade e que a amplitude das idades se encontra compreendida entre os 13 e os 19 anos ($M = 15,5$; $DP = 1,53$). Esta amplitude das idades resulta do facto de se ter seguido o mesmo protocolo internacional HBSC, que sugere a aplicação do

questionário Health Behaviour in School-aged Children, a estes anos de escolaridade (Matos et al 2003) e da dimensão da amostra.

Dos 91 participantes, a maioria (43%) estão entre os 15 e os 16 anos ($n = 31$); 15,4%, têm 14 e 17 anos respectivamente ($n = 14$); 11% tem 13 anos ($n = 10$), 8,8% tem 18 anos ($n = 8$) e só 2,2% desta população tem 19 anos ($n = 2$), conforme se pode verificar na figura 1.

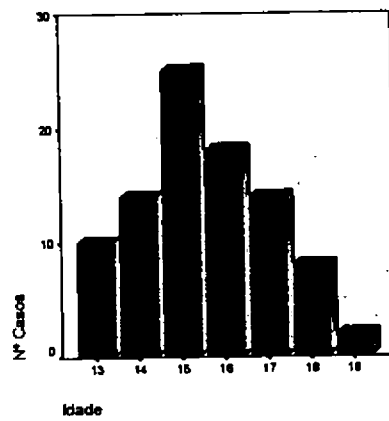


Gráfico 1.

Da amostra total, 44% pertencem ao sexo masculino ($n = 40$) e 56% pertencem ao sexo feminino ($n = 51$), (fig. 2).

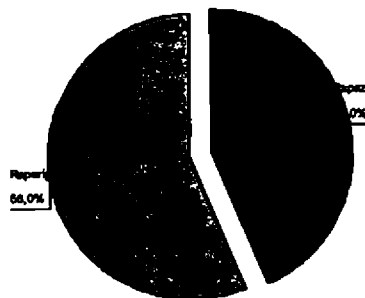


Gráfico 2.

Conforme já referido, trata-se de uma amostra de conveniência, distribuída pelo 8º ano (55%; $n = 50$) e 10º ano de escolaridade (45%; $n = 41$), (fig. 3).

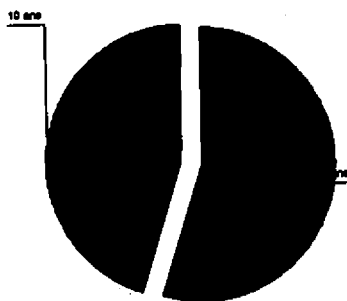


Gráfico 3.

Ainda que a maioria dos adolescentes que constituem a amostra sejam de nacionalidade portuguesa (79%), constata-se a existência de adolescentes de outras etnias, sobretudo de nacionalidade Cabo-Verdiana (15,4%).

2. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR CONSUMOS DE SUBSTÂNCIAS

2.1. CONSUMO DE ÁLCOOL

No que respeita a consumos, verifica-se que 84,6% dos jovens já experimentaram bebidas com álcool ($n = 77$). No entanto, apenas 2,2% referem beber cerveja todas as semanas/ meses ($n = 2$) e 5,5% referem consumir bebidas destiladas, todas as semanas/meses ($n = 5$). E, ainda, 68% dizem nunca ter ficado embriagado ($n = 62$) e só 6,6% referem ter estado mais do que 4 vezes ($n = 6$).

Em relação ao género e idade, foi possível encontrar alguma consistência de resultados, onde os dados apontam para uma maior prevalência de consumos nos rapazes comparativamente com as raparigas (Quadro 4) e que tendem a aumentar com a idade.

Quadro 4
Género e Consumo de Álcool

		SEXO		TOTAL
		MAS.	FEM.	
CONSUMOS DE ÁLCOOL	TODOS OS DIAS	3	0	3
	1 VEZ POR SEMANA	4	3	7
	RARAMENTE OU NUNCA	32	48	80
TOTAL		39	51	90

2.2.CONSUMO DE TABACO

Ainda, relativamente a consumos, 39,6% dos adolescentes dizem já ter experimentado tabaco ($n = 36$), no entanto 91,2% dos inquiridos afirma não fumar actualmente ($n = 83$).

Em relação ao género, a percentagem de rapazes que já experimentaram tabaco (35%) e de raparigas que já experimentaram tabaco (43%) é semelhante.

Em Síntese: Uso de Substâncias

A maioria dos adolescentes refere já ter experimentado bebidas com álcool, predominando os rapazes e os mais velhos. No entanto, a maioria dos adolescentes refere nunca beber álcool e quando o fazem, as bebidas destiladas são as mais consumidas.

Em relação ao consumo excessivo de álcool, a maioria dos adolescentes diz nunca ter ficado embriagado, sendo essa percentagem superior nas raparigas e nos mais novos.

No que se refere a experimentar tabaco, a maioria dos adolescentes diz nunca ter experimentado; mais significativo é o facto de mais de 90% afirmarem não fumar actualmente. Quanto ao género, a percentagem de rapazes e raparigas aparece como semelhante e são os adolescentes mais velhos que mais referem já ter experimentado.

Os dados apresentados relativamente à distribuição do consumo de álcool, por sexo e idade vão no sentido dos dados obtidos no estudo "*Aventura Social, Etnicidade e Risco - Prevenção Primária do VIH em Adolescentes de Comunidades Migrantes*" Matos et al., 2005), que irá ser utilizado ao longo deste trabalho, enquanto estudo comparativo, no que se refere aos comportamentos dos adolescentes. Justifica-se esta opção pelo facto (1) da amostra utilizada no presente estudo, ter sido retirada da amostra global do estudo "*Aventura Social, Etnicidade e Risco*"; (2) de se ter utilizado o mesmo procedimento metodológico (instrumentos, procedimentos, amostra) e (3) de se tratar de um estudo muito recente.

Ainda, relativamente ao estudo de referência, verifica-se neste percentagens superiores em relação aos adolescentes que já experimentaram tabaco, aparecendo como mais evidente no sexo feminino (43% vs 29,7%). Em relação à idade da experimentação de tabaco, existem semelhanças nos dois estudos.

3. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR COMPORTAMENTOS SEXUAIS

Relativamente aos comportamentos sexuais, 42% dos inquiridos referem já terem tido relações sexuais ($n = 38$); destes, 60,5% são do sexo masculino e 39,5% são do sexo feminino (Quadro 5).

Dos jovens que já tiveram relações sexuais ($n = 38$), 4,4% dizem que a idade da primeira relação sexual foi aos 11 anos ($n = 4$), 4,4% aos 12 anos ($n = 4$), 7,7% aos 13 anos ($n = 7$), 11% aos 14 anos ($n = 10$), 6,6% aos 15 anos ($n = 6$), 3,3% referem ter sido aos 16 anos ($n = 3$) e 2,2% aos 17 anos ($n = 2$).

Dos sujeitos que dizem já ter tido relações sexuais, 20 referem ter usado preservativo na última relação.

Quadro 5
Género e Relações Sexuais

	Relações Sexuais		Total
	Sim	Não	
SEXO MASCULINO	23	17	40
SEXO FEMININO	15	36	51
TOTAL	38	53	91

Também, no que respeita à idade de início da sexualidade, são os rapazes que referem terem iniciado mais cedo (Quadro 6).

Quadro 6
Gênero e Idade da 1ª Relação Sexual

		SEXO		TOTAL
		MASC.	FEM.	
IDADE DA 1ª REALAÇÃO SEXUAL	NUNCA	18	37	55
	< 11 ANOS	4	0	4
	12 ANOS	3	1	4
	13 ANOS	7	0	7
	14 ANOS	4	6	10
	15 ANOS	4	2	6
	16 ANOS	0	3	3
	> 17 ANOS	0	2	2
TOTAL		40	51	91

Ainda, relativamente aos comportamentos sexuais, 4,4% dos inquiridos, dizem ter tido relações sob efeito de álcool ou outras drogas (n = 4).

Em Síntese: Comportamentos Sexuais

Em relação aos comportamentos sexuais, a maioria dos adolescentes refere não ter tido relações sexuais. Sendo os rapazes e os adolescentes mais velhos, que mais referem já ter tido relações sexuais. Dos adolescentes que dizem já ter tido relações sexuais, a maioria afirma ter usado preservativo, predominando as raparigas. A maioria dos adolescentes diz não ter tido relações sexuais sob efeito de álcool.

Comparativamente com o estudo de referência (Matos et al., 2005), verifica-se que os adolescentes do presente estudo referem mais já ter tido relações sexuais (42% vs 32,9%); mantendo-se semelhante a relação com o género e idade: são os rapazes e os adolescentes mais velhos que mais referem já ter tido relações sexuais. Em relação ao uso

do preservativo na última relação sexual, a maioria refere ter usado preservativo, sendo esta assunção superior no estudo de referência (65,5% vs 52%).

4. RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS

Iniciámos a análise da relação entre as variáveis em estudo – género e ano de escolaridade com comportamentos de consumo de tabaco e álcool (avaliados através da experimentação de tabaco e álcool e embriaguez), e comportamentos sexuais (avaliados através da experiência sexual e uso de preservativo), recorrendo ao Teste de Independência do Qui – Quadrado de Pearson e obtivemos os seguintes resultados (Quadros 7, 8, 9 e 10):

Quadro 7

Relação entre Género e Consumos de Álcool e Tabaco

N = 91

	Masc.	Fem.	X ²	gl	p
Experimentação de Álcool	85%	84,3%	,008	1	,928
Experimentação de Tabaco	35%	43%	,621	1	,431
Embriaguez	45%	21,6%	11,211	3	,011

Valores significativos para $p < 0,05$

Da análise do quadro 7 é possível verificar que não existem diferenças significativas entre rapazes e raparigas no que se refere a experimentação de álcool, o que já não se

verifica relativamente a consumo excessivo de álcool/embriaguez, onde 21,6% das raparigas dizem já ter estado embriagadas, contra 45% no caso dos rapazes. Inversamente, 15% dos rapazes dizem já ter experimentado a embriaguez mais de quatro vezes e as raparigas referem nunca se terem embriagado mais de quatro vezes.

Relativamente ao comportamento de já terem experimentado tabaco, aqui são as raparigas que mais referem já ter experimentado (43% contra 35%), mas a diferença não é considerada significativa.

Quadro 8

Relação entre Género e Comportamentos Sexuais

N = 91

	Masc.	Fem.	X ²	gl	p
Relações Sexuais	57,5%	29,4%	7,272	1	,007
Uso do Preservativo	32,5%	13,7%	7,392	2	,025

Valores significativos para $p < 0,05$

Foi possível, ainda, confirmar que existem diferenças significativas entre rapazes e raparigas, no que se refere a comportamentos sexuais. Sendo o número de jovens rapazes (57,5%) que já tiveram relações sexuais muito superior ao das raparigas (29,4%). Também existem diferenças de género na prática de uso de preservativo, tendo sido assumido mais pelos rapazes a sua utilização na última vez que tiveram relações sexuais.

Pela análise do quadro 9, verificamos não existirem diferenças significativas entre os jovens mais novos (8º ano) e mais velhos (10º ano), relativamente a nenhum dos comportamentos de consumos, em estudo.

Quadro 9

Relação entre Ano de Escolaridade e Consumos de Substâncias

N = 91

	8º ano	10º ano	X ²	p
Experimentação de Álcool	80%	90,2%	1,816	,178
Experimentação de Tabaco	36%	43,9%	,588	,443
Embriaguez	30%	34,1%	,909	,823

Valores significativos para $p < 0,05$

E por último, é possível constatar no quadro 10, que não se verificaram diferenças significativas entre os comportamentos sexuais (já ter tido relações sexuais e uso de preservativo na última relação) dos jovens que frequentam o 8º ano ou o 10º ano. Verifica-se, no entanto, que a frequência de jovens, que já tiveram relações sexuais, tem tendência para aumentar com a idade.

Quadro 10

Relação entre Ano de Escolaridade e Comportamentos Sexuais

N = 91

	8º ano	10º ano	X ²	p
Relações Sexuais	34%	51,2%	2,746	,097
Uso de Preservativo	20%	24,4%	5,505	,064

Valores significativos para $p < 0,05$

Em seguida, analisámos as diferenças de variância existentes entre o Locus de Controlo de Saúde, em cada uma das suas dimensões, e as variáveis em estudo: sexo, ano de escolaridade, consumos de álcool e tabaco e comportamentos sexuais. Para tal recorremos ao teste estatístico one-way ANOVA.

Quadro 11

Diferenças entre as dimensões do Locus de Controlo e Género

N = 86

	Masc.	<u>Média</u> Fem.	F	Sig.
Factor "Locus de Controlo"	,243	-,175	3,763	,056
Factor "Outros Poderosos"	-,138	,099	1,179	,281

Valores significativos para $p < 0,05$

Pela análise dos resultados, não se verifica diferença significativa entre os jovens do sexo feminino e do sexo masculino, em qualquer das dimensões do locus de controlo.

Quadro 12

Diferenças entre as dimensões do Locus de Controlo e Ano de Escolaridade N = 86				
	<u>Média</u>		F	Sig.
	8º Ano	10º Ano		
Factor "Locus de Controlo"	,207	-,250	4,646	,034
Factor "Outros Poderosos"	-,053	,064	,291	,591

Valores significativos para $p < 0,05$

Relativamente ao ano de escolaridade, verifica-se diferença entre os adolescentes que frequentam o 8º ano e o 10º ano de escolaridade, no primeiro factor "Locus de Controlo". Sendo os alunos do 8º ano mais internos que os alunos do 10º ano de escolaridade, ou seja, os jovens do 8º ano, que participaram neste estudo, parecem acreditar mais que o que lhes acontece depende do seu próprio comportamento e que pode, assim, ser por eles controlado, do que os jovens do 10º ano, que parecem acreditam que o que lhes acontece depende mais do acaso ou sorte que do seu próprio comportamento, e por isso mesmo incontrolável.

No que se refere ao segundo factor "Outros Poderosos" e ano de escolaridade, não se verificam diferenças significativas entre os alunos mais novos e mais velhos.

Quadro 13

Diferença entre as dimensões do Locus de Controlo e Experimentação de Tabaco				
N = 86				
	Média		F	Sig.
	Sim	Não		
Factor "Locus de Controlo"	-,108	,078	,723	,398
Factor "Outros Poderosos"	,071	-,051	,306	,582

Valores significativos para $p < 0,05$

No que se refere ao consumo de tabaco, também não se verifica diferença significativa entre os jovens que já experimentaram tabaco e os jovens que nunca fumaram e o locus de controlo.

Quadro 14

Diferenças entre as dimensões do Locus de Controlo e Experimentação de Álcool				
N = 86				
	Média		F	Sig.
	Sim	Não		
Factor "Locus de Controlo"	-,083	,465	3,403	,069
Factor "Outros Poderosos"	-,027	,154	,359	,551

Valores significativos para $p < 0,05$

Ainda relativamente a consumos, não se encontram diferenças significativas entre os jovens que já consumiram álcool e os que nunca consumiram álcool, em qualquer das dimensões do locus de controlo.

Quadro 15

Diferenças entre as dimensões do Locus de Controlo e Embriaguez						
N = 86						
	<u>Média</u>				F	Sig.
	Não	Sim a)	Sim b)	Sim c)		
Factor "Locus de Controlo"	,038	-,175	-,024	,023	,148	,931
Factor "Outros Poderosos"	,048	-,397	,066	,250	,790	,503

Valores significativos para $p < 0,05$

a) Sim, uma vez por semana; b) Sim, 2-3 vezes por semana; c) Sim, mais de 4 vezes por semana.

E ainda, no que se refere a consumo excessivo de álcool, não se verifica diferença significativa entre os jovens que já se embriagaram e os que nunca se embriagaram, em nenhuma das dimensões do locus de controlo.

Quadro 16

Diferenças entre as dimensões do Locus de Controlo e Relações Sexuais				
N = 86				
	<u>Média</u>		F	Sig.
	Sim	Não		
Factor "Locus de Controlo"	,051	-,033	,146	,703
Factor "Outros Poderosos"	,148	-,097	1,244	,268

Valores significativos para $p < 0,05$

Como se constata, pela análise dos resultados apresentados no quadro 16, mais uma vez não se encontram diferenças significativas entre os jovens que já tiveram relações sexuais e os jovens que nunca tiveram relações sexuais, na dimensão interna ou externa do locus de controlo.

Quadro 17

Diferenças entre as dimensões do Locus de Controlo e Uso de Preservativo na Última Relação Sexual				
N = 86				
	Média		F	Sig.
	Sim	Não		
Factor "Locus de Controlo"	,042	,231	,532	,589
Factor "Outros Poderosos"	,219	,157	,949	,391

Valores significativos para $p < 0,05$

E por último, também não se encontram diferenças significativas entre os jovens que usaram preservativo na última vez que tiveram relações sexuais e os jovens que não usaram preservativo na última vez que tiveram relações sexuais, na dimensão interna ou externa do locus de controlo (Quadro 17).

CAPÍTULO 5

CONCLUSÕES DO 1º ESTUDO

CAPÍTULO 5

CONCLUSÕES DO 1º ESTUDO

Neste capítulo iremos apresentar, de forma sintética, os principais resultados obtidos no primeiro estudo e compará-los com as diversas hipóteses formuladas, assim como reflectir sobre os mesmos à luz da teoria da aprendizagem social e do contexto nacional.

1. CONCLUSÕES SOBRE OS COMPORTAMENTOS DOS ADOLESCENTES

Algumas das conclusões a retirar sobre os comportamentos sexuais e os consumos de substâncias dos adolescentes, vão no sentido esperado para este grupo etário, a confirmar-se através da comparação dos resultados obtidos neste estudo com as hipóteses inicialmente formuladas, com base em outros estudos desenvolvidos com adolescentes portugueses (Matos et al., 2003;2005). No entanto, nem todos se viram confirmados e serão, sobretudo esses, que posteriormente irão justificar o recurso a técnicas interpretativas, no sentido de tentar compreender os comportamentos dos adolescentes, assim como a génese dos mesmos, a partir da análise das suas declarações.

Assim:

1. Verificou-se não existirem diferenças significativas entre rapazes e raparigas no que se refere a experimentação de tabaco ou álcool. No entanto essa diferença já se apresenta como significativa quando falamos de consumo excessivo de álcool/embriaguez, onde esse comportamento aparece significativamente superior nos rapazes.

Assim, a hipótese 1 aparece só parcialmente confirmada, dado que se verificam diferenças de género no que se refere aos consumos de álcool, mas o mesmo não se verifica em relação ao consumo de tabaco.

2. Segundo estudos anteriores era esperado que se verificassem diferenças significativas entre os adolescentes mais novos e mais velhos no que se refere aos consumos de tabaco e álcool, sendo estes consumos superiores nos adolescentes mais velhos. No entanto, neste estudo, não se verificaram diferenças significativas, que possam confirmar a hipótese 2.

3. A hipótese 3 foi confirmada, dado que se verificaram diferenças significativas entre rapazes e raparigas no que se refere à experiências sexual, sendo o número de adolescentes rapazes que dizem já ter tido relações sexuais significativamente superior ao das raparigas.

4. Também não se confirma a hipótese 4, onde não se esperava encontrar diferenças significativas entre rapazes e raparigas no uso de preservativo. Neste estudo as raparigas referem, em número significativamente superior aos rapazes, a utilização de preservativo na última relação.

5. Contrariamente ao esperado, não se verificaram diferenças significativas entre os adolescentes mais novos e mais velhos no que se refere à experiência sexual e ao uso de preservativo na última relação sexual, confirmando-se, assim, a hipótese 6 mas não se confirma a hipótese 5.

2. CONCLUSÕES SOBRE A RELAÇÃO ENTRE LOCUS DE CONTROLO DE SAÚDE E OS COMPORTAMENTOS DOS ADOLESCENTES

Da análise da relação entre o Locus de Controlo de Saúde e as restantes variáveis em estudo:

1. Não se verificou qualquer associação entre os comportamentos sexuais dos adolescentes, avaliados através da experiência sexual e uso de preservativo na última relação sexual e a variável locus de controlo de saúde, em nenhuma das suas dimensões (interna; externa/sorte ou acaso e externa/outros poderosos). Desta forma não se confirmam as hipóteses 7 e 9.

2. Não se verificou qualquer relação entre os comportamentos de consumos de álcool e tabaco dos adolescentes, avaliados através da experimentação de álcool e tabaco e do consumo excessivo de álcool/embriaguez e a variável locus de controlo de saúde, em nenhuma das suas dimensões. Desta forma não se confirmam as hipóteses 8 e 10.

3. Ao contrário do esperado, verificou-se existir uma associação entre o ano de escolaridade e o primeiro factor - "Locus de Controlo", da variável locus de controlo de saúde, o que já não se verifica relativamente ao segundo factor - "Outros Poderosos".

Esta relação diz-nos que são os alunos mais novos que se apresentam como "mais internos", ou seja, parece que são os adolescentes do 8º ano que mais acreditam que, o que lhes acontece depende do seu próprio comportamento e que pode, assim, ser por eles controlado. Enquanto que os adolescentes do 10º ano, parecem acreditar que o que lhes

acontece depende mais do acaso ou da sorte que do seu próprio comportamento, e por isso mesmo incontrolável.

Desta forma, não se confirma a hipótese 11, dada a inexistência de relação entre a variável idade e o primeiro factor “Outros Poderosos”, da variável locus de controlo de saúde e, apesar de existir associação entre a idade e o segundo factor “Locus de Controlo”, essa relação vai no sentido inverso ao esperado.

Em síntese: Parece não se verificar a hipótese geral, que previa existir relação entre os comportamentos de saúde dos adolescentes, concretamente os comportamentos sexuais e os comportamentos de consumos de substâncias (tabaco e álcool) e o locus de controlo de saúde, enquanto factor de manutenção ou de protecção da saúde.

No entanto verificou-se que o instrumento utilizado para medir o locus de controlo de saúde se apresentou de difícil leitura para os adolescentes, confirmado pelas sucessivas questões levantadas durante a sua aplicação.

Também, o facto de se ter partido do pressuposto de que a crença nos serviços médicos e a crença na sorte/acaso, vão no mesmo sentido, por oposição ao Locus de Controlo Interno (crença nas capacidades pessoais), levanta algumas dúvidas.

Para uma melhor compreensão desta relação – comportamentos dos adolescentes e locus de controlo de saúde, considerou-se de utilizar o método da entrevista, com alguns jovens, partindo dos dados já obtidos no primeiro estudo e utilizando uma linguagem mais adaptada a esta faixa etária.

CAPÍTULO 6

ENTREVISTA SEMI – ESTRUTURADA – 2º ESTUDO

CAPÍTULO 6

ENTREVISTA SEMI-DIRECTIVA – 2º ESTUDO

1. DEFINIÇÃO DAS CATEGORIAS

A entrevista é um instrumento que permite obter informação, de forma isolada ou complementar a outros meios utilizados na recolha de dados, sobre experiências, valores, crenças ou atitudes.

Neste caso, as entrevistas foram utilizadas com o objectivo de clarificar e aprofundar as informações obtidas na análise documental e no primeiro estudo, assim como explorar outras questões consideradas relevantes para uma melhor compreensão das crenças de controlo relacionadas com a saúde.

Também o guião da entrevista foi elaborado tendo por base os resultados obtidos no primeiro estudo e constituído por perguntas semi-estruturadas, organizadas em seis categorias. A primeira categoria diz respeito à legitimação da entrevista; a segunda refere-se à noção que os adolescentes têm sobre a sua saúde; a terceira, explora a percepção que os adolescentes têm acerca dos factores de manutenção e/ou de protecção da saúde; a quarta categoria refere-se à percepção dos factores associados ao risco; a quinta categoria refere-se às crenças de controlo relacionadas com a saúde e a última, diz respeito aos agradecimentos pela colaboração prestada.

2. PARTICIPANTES E PROCEDIMENTOS

Os jovens inquiridos foram contactados, pessoalmente, tendo manifestado de imediato disponibilidade e interesse em participar no estudo. Foram marcados o dia e a hora de cada entrevista, com duração de aproximadamente 30 minutos cada.

No início de cada entrevista, antes da formulação das questões, procedeu-se aos seguintes requisitos (primeira categoria):

1. Clarificação dos objectivos do estudo;
2. Garantia de confidencialidade;
3. Solicitação de autorização para gravar.

As entrevistas foram decorrendo conforme o guião elaborado antecipadamente. No entanto, houve necessidade de introduzir outras questões, partindo das verbalizações dos entrevistados, com o objectivo de recolher mais elementos considerados importantes para o presente estudo.

Porque todas as entrevistas foram gravadas, o passo seguinte foi a audição e transcrição das mesmas. Seguiu-se a leitura das quatro entrevistas, a partir das quais se iniciou a fase de codificação, definindo para cada entrevista a sua categorização, realizada através da combinação de dois momentos: *à priori* e *à posteriori*, ou seja a confrontação entre as categorias pensadas no momento da elaboração da entrevista e as que surgiram das entrevistas. O processo de categorização obedeceu a critérios de exclusividade, onde se pretendeu que cada indicador pertencesse apenas a uma categoria; homogeneidade, na medida em que a escolha e classificação das categorias se baseou em critérios precisos; exaustividade, onde se procurou que a informação fosse o mais completa possível, e coerência, onde se procurou que as categorias encontradas se adequassem, o mais possível, ao material em análise.

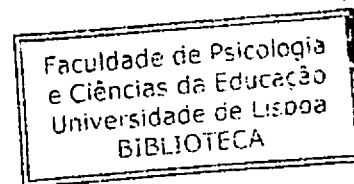
Seguidamente, procedeu-se ao levantamento de indicadores, que permitiu a redução das unidades de registo e a definição das sub-categorias, o que se revelou fundamental para a análise dos dados das entrevistas.

3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A partir dos dados disponíveis, procedeu-se à análise dos mesmos, tendo-se encontrado para cada categoria, as sub-categorias de análise que integram os diversos relatos verbais dos participantes, relacionados com o tema em estudo.

O quadro 18 apresenta, em síntese, as quatro categorias, considerados como principais temas de análise e respectivas sub-categorias. Seguidamente, serão apresentados os relatos verbais emitidos pelos jovens (indicadores).

3.1. Categorias e sub-categorias



Quadro 18 – Categorias e sub-categorias

Categorias	Sub-categorias
Conceito de saúde	- Ausência de doença - Bem-estar
Factores de manutenção e protecção da saúde	- Comportamentos de promoção, manutenção ou protecção da saúde - Procura de serviços médicos
Factores associados ao risco	- Comportamentos de risco para a saúde - Rede Social/Amigos
Crenças de controlo relacionadas com a saúde	- Crença nos serviços médicos - Crença pessoal - Crença na sorte/acaso

3.2. Conceito de Saúde

Quadro 19 – Categoria: Conceito de Saúde

Sub-categorias	Indicadores	Entrevistados			
		E1	E2	E3	E4
Ausência de doença	Não ter doenças		X	X	
Bem - Estar	Estar bem fisicamente e psicologicamente	X	X	X	X
	Estar feliz/contente	X	X		

A partir dos indicadores encontrados podemos ter acesso às noções que os entrevistados têm acerca do **conceito de saúde**, que constituem as sub-categorias: **Ausência de doença e Bem – Estar**.

A saúde é referida como ausência de doença (“não ter doenças”), por dois dos entrevistados (E2 e E3).

Todos os entrevistados dizem que a saúde / estar saudável, significa “estar bem de saúde, de corpo e alma” ou “estar bem física e psicologicamente”.

Dois dos entrevistados (E1 e E2), referem, ainda, que ser ou estar saudável é “estar feliz” ou “estar contente”, afirmando desta forma a importância dos afectos e das emoções no bem-estar.

3.3. Factores de manutenção/protecção da saúde

Quadro 20 – Categoria: Factores de manutenção e protecção da saúde

Sub-categorias	Indicadores	Entrevistados			
		E1	E2	E3	E4
Comportamentos de promoção, manutenção ou de protecção da saúde	Exercício físico			X	X
	Alimentação saudável	X	X	X	X
	Não consumir substâncias			X	
Procura de serviços médicos	Ir ao médico	X	X		
	Ter as vacinas em dia	X			

Como se pode verificar pela análise do quadro 20, foram identificados cinco indicadores relativos aos **Factores de manutenção e protecção da saúde**, referentes a duas sub-categorias: **Comportamentos de promoção, manutenção ou de protecção da saúde** e **Procura de serviços médicos**.

Dois dos quatro entrevistados (E3 e E4) referem a prática de exercício físico como um dos comportamentos que contribuem para a manutenção e promoção da saúde e bem-estar.

Todos os entrevistados apontam a alimentação como importante para a manutenção da saúde e um destes (E3) refere, ainda, que não consumir tabaco, álcool ou outras drogas é importante para estar bem e saudável.

Já no que se refere à segunda sub-categoria - **Procura de serviços médicos**, é apontado por dois dos jovens (E1 e E2), a importância de procurar os serviços médicos “quando estamos doentes” ou “para procurar informação” e o reconhecimento da vacinação, como factor protector.

3.4. Factores associados ao risco

Quadro 21 – Categoria: Factores associados ao risco

Sub-categorias	Indicadores	Entrevistados			
		E1	E2	E3	E4
Comportamentos de risco para a saúde	Dietas sem indicação médica		X		
	Alimentação pouco saudável			X	
	Consumo de substâncias	X	X	X	X
	Sexo sem protecção (não utilização de preservativo)	X	X	X	X
Rede social	A influência dos amigos/conselhos			X	
	A confiança no parceiro	X	X		X

No quadro 21 estão representados os seis indicadores encontrados relativamente aos **Factores associados ao risco**, agrupados em duas sub-categorias: **Comportamentos de risco para a saúde e Rede social**.

Dois dos entrevistados fazem referências aos comportamentos alimentares: dietas sem prescrição médica (E2) e alimentação pouco saudável (E3) como factores associados ao risco para a saúde.

Todos os jovens assumem os consumos de substâncias (tabaco, álcool ou outras) como comportamentos prejudiciais para a saúde física, psíquica e social. Também, considerados por todos os entrevistados como comportamentos de elevado risco para a

saúde e bem-estar, encontram-se os comportamentos sexuais, sem utilização do preservativo.

A relação com os outros, em especial os amigos e namorado(a) é apontada pelos quatro jovens entrevistados como factor associado ao risco para a saúde. E3 aponta a pressão exercida pelos amigos, assim como “más companhias”. Já os restantes três entrevistados (E1, E2 e E4) consideram que o que coloca muitas vezes os jovens em situação de grande fragilidade, sobretudo no que se refere aos comportamentos sexuais, são os factores emocionais e a confiança no namorado(a), aliado a alguma pressão exercida por este(a). Todos consideram que os jovens têm a informação suficiente para não se colocarem em risco, se o fazem é por outras razões como “para se armarem”, “parecerem mais seguros”, ou para “parecerem maiores”.

3.5. Crenças de controlo relacionadas com a saúde

Quadro 22 – Categoria: Crenças de controlo relacionadas com a saúde

Sub-categorias	Indicadores	Entrevistados			
		E1	E2	E3	E4
Crença nos serviços médicos	Para medicar/tratar	X		X	X
	Para informar	X	X	X	X
Crença pessoal	A saúde depende das decisões pessoais	X	X	X	X
	A saúde depende dos comportamentos adoptados	X		X	X
Crença na sorte ou no acaso	Não ter doenças é, em parte, uma questão de sorte	X		X	X
	Estar saudável depende de se ter sorte com os serviços de saúde	X			X

Relativamente às **Crenças de controlo relacionadas com a saúde**, foram encontradas três sub-categorias: **Crença nos serviços médicos**, **Crença pessoal** e **Crença na sorte ou no acaso**.

Na primeira sub-categoria - **Crença nos serviços médicos**, incluíram-se dois indicadores. O primeiro diz respeito à crença nos serviços médicos para medicar ou tratar, ou seja, especialmente para quando existe doença, indicado por três dos quatro entrevistados (E1, E3 e E4). O segundo indicador refere-se aos serviços médicos enquanto fonte de informação.

A segunda sub-categoria, relativa à **Crença pessoal** encontra-se dividida em dois indicadores, relacionados com a importância das decisões pessoais e dos comportamentos na manutenção e promoção da saúde. Nesta sub-categoria todos os jovens reconhecem existir relação entre as suas decisões e a sua saúde e a maioria (E1, E3 e E4) referem que a saúde depende dos comportamentos adoptados/estilo de vida.

A última sub-categoria, no que se refere às crenças de controlo de saúde, diz respeito à **Crença na sorte ou no acaso**, e encontra-se dividida em dois indicadores.

O primeiro está relacionado com a crença de que **“não ter doenças é, em grande parte, uma questão de sorte”**. Três dos entrevistados acreditam que ter ou não doenças também é uma questão de sorte ou do acaso (E1, E3 e E4), porque **“ninguém está livre de apanhar uma doença marada”**.

O segundo indicador - **Estar saudável depende de se ter sorte com os serviços de saúde**, foi referido por dois dos quatro jovens entrevistados. Acreditam que a sorte é um factor importante no que se refere ao tipo de assistência médica que se tem e no diagnóstico que fazem.

Em síntese, se no primeiro estudo foi possível obter informação acerca dos comportamentos sexuais e dos comportamentos de consumos de tabaco e álcool, e sobre a relação entre estes e o locus de controlo de saúde, no segundo estudo, com recurso a métodos qualitativos – entrevista, foi possível concluir que os jovens entrevistados:

- a) Percepcionam a saúde como o bem-estar físico, psicológico e emocional;

- b) Consideram que são os seus próprios comportamentos que maior peso têm na manutenção e protecção da saúde, seguido da procura e utilização dos serviços médicos;
- c) Consideram que são os seus comportamentos que podem colocar a saúde em risco, seguido da relação com os outros, em especial os amigos e/ou namorado(a);
- d) Acreditam que podem controlar a sua saúde, sendo referido, por todos, que a saúde depende das decisões e atitudes pessoais, considerando igualmente importante a intervenção dos serviços médicos, especialmente quando estão doentes ou para obter informação/aconselhamento. Em relação à sorte ou acaso, apesar de considerarem menos importante na manutenção ou promoção da saúde, foi-lhe atribuído um peso significativo, admitindo que em matéria de saúde nem tudo se pode prever ou controlar.

Assim, se os jovens entrevistados acreditam que as decisões pessoais e os comportamentos adoptados são os principais determinantes na promoção da saúde e do bem-estar, acreditam, igualmente, que os serviços médicos são essenciais. Mesmo porque, a crença nos serviços médicos poderá ser entendida como uma atitude de responsabilização e procura activa de controlo da saúde, conforme já referido por vários autores (Matos et al., 2003).

Também, o facto de ter sido considerado pelos jovens que nem tudo se pode controlar, dependendo da sorte ou do acaso, pode apenas significar a interiorização e aceitação de que nem tudo depende das nossas atitudes e decisões, sem com isso deixar de considerar que podemos ter um papel determinante na nossa saúde e bem-estar.

CAPÍTULO 7

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

CAPÍTULO 7

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Este último capítulo, tem como finalidade apresentar um breve resumo dos resultados obtidos neste estudo, com reflexão acerca dos mesmos.

Em primeiro lugar, irão ser apresentadas as principais conclusões sobre o tema, assim como a análise das implicações do mesmo na prática, ao nível da implementação de programas de promoção do *empowerment* individual dos adolescentes e das principais necessidades ao nível da prevenção dos comportamentos de risco, e irão, ainda, ser apresentadas sugestões para investigações futuras. Por fim, é feita uma análise das principais limitações e méritos do estudo.

1. CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E SUGESTÕES PARA INVESTIGAÇÕES FUTURAS

Da análise dos resultados obtidos no primeiro estudo, através da utilização de instrumentos quantitativos – questionário e escala, podemos concluir sobre os comportamentos da amostra que, a tendência geral entre rapazes e raparigas e adolescentes mais novos e mais velhos vai no sentido esperado. As diferenças encontradas, entre os resultados obtidos neste estudo e outros tidos como referência, e já enunciados em capítulos anteriores, não se consideram significativas.

No que se refere à relação entre locus de controlo de saúde e os comportamentos assumidos pelos adolescentes em estudo, conforme já referido no quinto capítulo, a hipótese geral não aparece confirmada. Hipótese que previa a existência de relação

positiva entre o locus de controlo de saúde e os comportamentos dos adolescentes, ou seja, que considerava que quanto mais elevadas fossem as pontuações na dimensão interna do locus de controlo de saúde, mais se esperava a adopção de comportamentos de protecção da saúde.

Assim, com base nos resultados obtidos no primeiro estudo, e tal como já havia sido referido por muitos investigadores (Steptoe et al., 1994; Calman, 1989; St. Lawrence, 1993), parece não existir relação, ou existe uma relação muito fraca entre o locus de controlo para a saúde e os comportamentos adoptados.

Conforme já justificado, para uma melhor compreensão desta relação, considerou-se de efectuar um segundo estudo, sobretudo porque o instrumento utilizado para medir o locus de controlo de saúde se apresentou de difícil leitura para os adolescentes e porque se considerou de confirmar a validade das respostas obtidas no primeiro estudo.

No segundo estudo, com recurso ao método da entrevista, foi possível adaptar a linguagem utilizada, tornando-a mais próxima dos jovens, assim como reformular as questões quando estas se apresentaram de difícil entendimento para estes ou quando as respostas suscitavam dúvidas para o entrevistador. Permitiu, ainda, explorar outras áreas, introduzidas pelo entrevistador ou pelos próprios adolescentes e que muito contribuíram para uma melhor compreensão do tema em estudo, como:

1. A noção que os jovens têm acerca do conceito de saúde;
2. A percepção que os jovens têm acerca dos factores de manutenção e de protecção da saúde e dos factores associados ao risco;
3. A percepção que os jovens têm acerca do seu nível de informação sobre a saúde e;

4. As crenças de controlo de saúde.

Em síntese, podemos concluir que:

1. Existem indicadores de que os jovens têm consciência dos factores associados ao risco e dos factores de promoção da saúde, contudo nem sempre se verificam os comportamentos mais adequados no sentido da preservação da saúde e do bem-estar;
2. São identificadas pelos jovens, fontes de controlo do próprio comportamento, que se podem agrupar como: internas/externas; previsíveis/imprevisíveis ou como controláveis/incontroláveis.

No entanto, continuamos sem poder confirmar o sentido desta relação. Ficando, também, muitas dúvidas no que respeita à dimensionalidade deste conceito, sobretudo no que se refere à diferenciação da dimensão externa nas duas subdimensões: crença na sorte, acaso ou destino *versus* crença no poder dos outros/crença nos serviços médicos.

Ainda, se nos parece claro que a crença pessoal é uma crença interna e que a crença na sorte/acaso é uma crença externa, o mesmo não nos parece poder ser afirmado no que se refere à crença nos serviços médicos, quando a procura destes serviços implica um processo de tomada de decisão pessoal e a activação de um determinado conjunto de competências pessoais e sociais. Como já foi referido no primeiro capítulo, quando se trata de população adolescente, a procura de apoio social ao longo do ciclo de vida, torna-se mesmo de extrema importância, podendo influenciar e determinar as sucessivas decisões que irão tomar ao longo do processo de crescimento, assim como o bom desenvolvimento e a qualidade de vida deste.

Esta reflexão remete-nos para um outro aspecto importante: as **implicações práticas** deste estudo.

Como já referido, os jovens consideram ter informação suficiente acerca da saúde e conseguem identificar um conjunto importante de factores associados ao risco e de factores protectores da saúde. No entanto, nem sempre estes conhecimentos se traduzem em comportamentos de protecção ou promoção da saúde e do bem-estar.

No entanto, parece fácil compreender esta questão se pensarmos nas múltiplas crenças, motivações e expectativas que estão ligadas aos comportamentos em estudos - sexuais e consumos de substâncias, e nas fortes pressões sociais e culturais a que estão sujeitos os adolescentes, e que muito parecem facilitar a adopção de comportamentos de risco.

As decisões e atitudes aparecem, na maioria das vezes, não como a expressão do conhecimento que se tem sobre determinada matéria, mas sim como o desejo de aceitação e integração no grupo de pares, funcionando como elemento de agregação e identificação com determinada cultura juvenil ou de "virilidade".

Para além destes aspectos sociais e culturais reconhecem-se características individuais que reforçam a vulnerabilidade do jovem, como são exemplo as dificuldades de relacionamento, a timidez e a baixa auto-estima.

Assim, e apesar de se reconhecer que as intervenções de prevenção dos comportamentos de risco e de promoção de estilos de vida saudáveis, devem ser a) dirigidas a todas as pessoas; b) acontecer o mais cedo possível e ao longo da vida; c) concertadas e articuladas com outras estratégias; devemos de ter em consideração os momentos cruciais de transição, como é o caso especial da adolescência.

Este estudo vem reforçar a necessidade e importância de implementação de programas de promoção do *empowerment* dos adolescentes, que:

- a) Facilitem o acesso à informação;
- b) Ajudem a ajustar as crenças e expectativas dos jovens;
- c) Promovam o controlo e a responsabilidade sobre a saúde, através do desenvolvimento de competências pessoais (e.g., auto-estima, lidar com sentimentos e emoções, tomada de decisão, resolução de problemas) e interpessoais (e.g., pressão dos pares, relação com o par, publicidade, assertividade).

Ainda de salientar que, se os jovens consideram como importante os serviços médicos, no sentido da manutenção e promoção da saúde, então julga-se de criar condições de atendimento mais ajustadas às suas necessidades, através da criação de gabinetes de atendimento a jovens. Porque, sendo a adolescência um período conturbado e cheio de mudanças, torna-se importante a existência de espaços que ajudem a dar resposta às especificidades inerentes do processo de desenvolvimento individual desta faixa etária, e que facilite o ajuste necessário entre “o saber” e “o fazer”.

A reforçar esta necessidade está a ideia de que a organização actual dos serviços de saúde não se encontra adequada, no sentido de motivar os jovens a recorrerem a estes serviços, pois a sua burocratização e a sua vertente mais “curativa”, associada ainda à ideia de falta de confidencialidade, não são compatíveis com uma fase da vida caracterizada essencialmente pelas vastas mudanças físicas e emocionais, pelo imediatismo, pela imaturidade e pela constante necessidade de pertença.

Assim, para **investigações futuras**, sugere-se que se tenha em atenção a reflexão anterior, e que se estudem novas variáveis, que permitam uma melhor compreensão do

desfazamento que existe entre o conhecimento que os jovens dizem ter e as atitudes que dizem assumir.

Em termos metodológicos, propõe-se:

- a) Que estudos semelhantes utilizem uma amostra maior e representativa da população adolescente portuguesa;
- b) Que se opte pela utilização de métodos de avaliação qualitativos, que permitam uma melhor adaptação a esta população;
- c) Que os instrumentos utilizados permitam verificar a validade das respostas dos jovens.

2. LIMITAÇÕES E MÉRITOS DO ESTUDO

De salientar que, apesar do facto dos resultados obtidos neste estudo não confirmarem a maioria das hipóteses colocadas, não se pode concluir pela não validação das teorias apresentadas na revisão de literatura ou dos resultados obtidos noutros estudos. Os resultados obtidos correspondem a um estudo exploratório realizado numa amostra de conveniência, decorrentes de procedimentos metodológicos e estatísticos com naturais limitações.

Cumpridos os objectivos propostos, uma análise retrospectiva permite identificar algumas questões que poderão ser melhoradas em estudos posteriores e que merecem comentários.

As principais limitações prendem-se com a natureza e dimensão da amostra. Em relação à natureza da amostra reconhece-se que o facto de ser uma amostra de conveniência permite, apenas, afirmar que os resultados obtidos se podem aplicar a esta

amostra. Seleccionar uma amostra aleatória representativa dos adolescentes do país, permitiria a generalização dos resultados a este tipo de população.

Apesar das limitações e dos problemas enunciados, este estudo tem também méritos. O mais importante prende-se com o facto de se desconhecerem em Portugal estudos publicados sobre *Locus de Controlo de Saúde e Comportamentos dos Adolescentes*.

Também, relativamente à opção metodológica – conjugação de métodos quantitativos e qualitativos, considera-se que esta se apresentou como adequada na obtenção de mais informação e compreensão do tema em análise.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aarons, G., Brown, S., Coe, M., Myers, M., Garland, A., Ezzet-Lofstrom, R., Hazen, A., & Hough, R. (1999). Adolescent alcohol and drug abuse and health. *Journal of Adolescent Health*, 24(6), 412-421.
- Anderson, C.R. (1977). Locus of control, coping behaviors, and performance in a stress setting: A longitudinal study. *Journal of Applied Psychology*, 62(4), 446-451.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall. (BDEFCUL).
- Bandura, A. (1981). Self-Referent thought: a developemental analysis of self-efficacy. In: J.H. Flavell & L.D. Ross (Eds.), *Social cognitive development: Frontiers and possible futures*. New York: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1982). Self-Efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147.
- Benett, P., Moore, L., Norman, P., Murphy, S., & Tudor, C. (1997). Health locus of control and value for health in smokers and non-smokers. *Health Psychology*, 16(2), 179-182.
- Benett, P., & Murphy, S. (1999). *Psicologia e promoção da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Borges, L. (1993). Os adolescentes e o álcool. *Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia*, Vol.II, 1.
- Carvalho, J.N. (1991). *Prevenção do abuso do álcool e Drogas Nos Jovens*. Porto: Instituto Nacional de Investigação Científica.
- Claes, M. (1985). *Os problemas da adolescência*. Lisboa: Verbo.

- Cleto, P., & Costa, M. E. (1996). Estratégias de coping no início da adolescência. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 12, 93-102.
- Coleman, M. (1985). *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Morata.
- Cordeiro, J. C. D., (1979). *O Adolescente e a Família*. Lisboa: Moraes Editores.
- D'Andrea, M., (1984). Primary prevention and high risk population. *The Personal and Guidance Journal*, 554-558.
- Dela Coleta, M. F. (1987). Escala multidimensional de locus de controle de Levenson. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 39(2), 79-97.
- Dias, M., Duque, A., Silva, M., & Durá, E. (2004). Promoção da Saúde: O renascimento de uma ideologia? *Análise Psicológica*, 3, 463-473.
- DiClemente, R., Hansen, W., & Ponton, L. (1996). *Handbook of Adolescent Health Risk Behavior*. New York: Plenum Press.
- Feldman, L., Harvey, B., Holowaty, P., & Shortt, L. (1999). Alcohol use beliefs and behaviors among high school students. *Journal of Adolescent Health*, 24 (1), 48-58.
- Fergusson, D. M., e Lynskey, M. T., (1996). Adolescent Resiliency to Family Adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37(3) 281-292.
- Foddy, W. (1996). *Como perguntar. Teoria e prática na construção de perguntas para entrevistas e questionários*. Oeiras: Celta.
- Friedman, H. (1991). *The Self-Healing Personality*. New York: Penguin Books.
- Guzzo, R. & Trombeta, L. (2002). *Enfrentando o Cotidiano Adverso. Estudo sobre resiliência em adolescentes*. Campinas, SP: Editora Alínea.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lau, R. & Ware, J. (1981). Refinements in the measurement of health-specific locus of control beliefs. *Medical Care*, 11(11), 1147-1158.

- Levenson, H. (1973). Multidimensional locus of control in psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 397-404.
- Marlatt, A. & Gordon, J. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of the addictive behaviours*. New York: Guildford Press.
- Marlatt, A. & Gordon, J. (1993). *Prevenção da recaída: Estratégias de manutenção no Tratamento de Comportamentos Adictivos*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Martins, M. J. A. (2002). *Representações cognitivas e comportamentos sexuais de risco*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia. FPCE da Universidade de Lisboa.
- Matos, M. G., Silva, A. R., Santinha, A., Alão, D., Alves, J. L., Sampaio, L. M., & Carvalho, S. (1994). *Manual do programa de competências sociais*. Lisboa: PES/ME.
- Matos, M., Simões, C., Carvalhosa, S. F., Reis, C., Canha, L. (1998). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses*. Lisboa: FMH/PEPT.
- Matos, G. M., Gaspat, T., Vitória, P. & Clemente, M. (2003). *Adolescentes e o Tabaco: rapazes e raparigas*. Lisboa: FMH, CPT e Ministério da Saúde.
- Matos, M. & equipa do Projecto Aventura Social e Saúde (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses (Quatro anos depois)*. Lisboa: FMH.
- Matos, M. (2004). *Psicologia da Saúde, saúde pública e saúde internacional*. *Análise Psicológica*, 3, 449-462.
- Mishel, W. (1981). A cognitive-social learning approach to assessment. In T.V. Merluzzi, C.R.Glass & M. Genest (Eds.), *Cognitive assessment*. New York: Guilford.
- Moreira, P. (2002). *Para uma prevenção que previna*. Coimbra, Quarteto Editora.
- Noriega, J., Albuquerque, F., Alvarez, J., Oliveira, L., & Coronado, G. (2003). Locus de Controle em uma população do Nordeste Brasileiro. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19(3).
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

- O'Leary, A. Self-Efficacy and health. *Behavior Research and Therapy*, 23(4), 437-451.
- O'Leary, A. Self-efficacy and health: Behavioral and stress-physiological mediation. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 229-245.
- OMS (1986). Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. Versão portuguesa "Uma Conferência Internacional para a Promoção da Saúde com vista a uma nova Saúde Pública", 17-21, Novembro, Ottawa, Canadá. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Organização Mundial de Saúde (1993). The health of young people: A challenge and a promise. Geneva: WHO.
- Organização Mundial de Saúde (1997). A Saúde para Todos no Século XXI – Política de Saúde para a Europa. Copenhaga: Organização Mundial de Saúde, Delegação Regional para a Europa.
- Pasquali, L., Alves, A. R. & Pereira, M. A. M. (1998). Escala de Controle ELCO/TELEBRÁS. *Psicologia: Reflexão e crítica*. II (2), 363 -378.
- Prazeres, V. (1998). Saúde dos Adolescentes: princípios orientadores. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Prazeres, V. (2003). Saúde Juvenil no Masculino. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Ribeiro, J. L.P. (1994). *Psiquiatria Clínica*, 15 (4), PP.207-214.
- Ribeiro, C. (2000). Em torno do Conceito Locus de Controlo. *Máthesis*, 9, 297-314.
- Rosa, A. (1993). Os filhos de alcoólicos e o insucesso escolar. *Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia*, Vol.II, 2, pp-pp.
- Rutter, M., (1983). Stress, coping and development: some issues and some questions. In N. Garmezye e M. Rutter (Eds.), *Stress, Coping and Development in Children* (pp.1-41). New York: McGraw Hill.
- Sampaio, D. (1994). Ninguém morre sózinho: O adolescente e o suicídio. 5ª ed., Lisboa: Editorial Caminho, SA.

- Santos, I. A. (1999) Alcoolismo na adolescência – que intervenção? *Revista Nursing*, 136.
- Segal, B. (1997). Sociocultural perspectives on volatile solvent use. *Drugs and society - Journal of Contemporary Issues*, 10, 70-99.
- Seiffge-Krenke, I. (1995). *Stress, coping, and relationships in adolescence*. New Jersey: Lawewnce Erlbaum Associates, Publishers.
- Stroebe, W., Stroebe, M. (1995). *Psicologia social e saúde*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Valderrama, P., Betancourt, M. & Vázquez, G. (1998). Expectativas generalizadas de control personal en deportistas de alto rendimiento. *Psicología Social en México*, 2, 59-64.
- Wallston, B. S., Wallston, K. A., Kaplan, G. D. & Maides, S. A. (1976). Development and validation of the Health Locus of Control (HLC) Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44(4), 580-585.
- Wallston, B. S., Wallston, K. A. & DeVellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, 6(2), 160-170.
- Trombeta, L. E., & Guzzo, R. (2002). *Enfrentando o Cotidiano Adverso*. Campinas: Alínea Editora.
- Vaz Serra, A. (2002). *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Adriano Vaz Serra.
- Zimmerman, B., Bonner, S., & Kovach, R. (1996). *Developing Self-Regulated Learners: Beyond achievement to self-efficacy*. American Psychological Association.

ANEXOS

Guião da Entrevista

Data da entrevista:

Sexo:

Idade:

- 1. Consideras-te uma pessoa saudável?**
- 2. Porque te consideras assim?**
- 3. Achas que os jovens se preocupam com a saúde?**
- 4. O que podes fazer para manter a tua saúde?**
- 5. O que podes fazer para melhorares a tua saúde?**
- 6. O que podem as pessoas fazer quando não estão saudáveis?**
- 7. O que achas que pode pôr em risco a tua saúde?**
- 8. No que se refere ao consumo de substâncias (tabaco e álcool), achas que esses consumos podem afectar a tua saúde?**
- 9. E relativamente ao comportamento sexual, que riscos existem? Se já tiveste relações sexuais, usaste sempre o preservativo? Se sim, para quê; se não porquê?**
- 10. Achas que os jovens estão bem informados sobre estas questões: consumo de substâncias e sobre a sexualidade (riscos e formas de protecção)?**
- 11. Manteres-te bem e saudável, depende do quê ou de quem?**

PROTOCOLO DA ENTREVISTA (E1)

IDADE: 17 ANOS

SEXO: MASCULINO

P – Como sabes, esta entrevista tem como objectivo recolher dados sobre a saúde dos adolescentes.

Os dados recolhidos são estritamente confidenciais e só serão utilizados exclusivamente neste estudo.

Queria agradecer mais uma vez a tua disponibilidade e voltar a perguntar se não te importas que a nossa conversa seja gravada.

R – Não, não me importo nada que seja gravada.

P – Obrigada. Então para começar, gostaria de saber a tua idade.

R – Tenho 17 anos.

P – Podes dizer-me o que para ti significa “ser saudável”?

R – Estar bem de saúde, de corpo e alma, ... estar bem por dentro...

P – O que é estar bem por dentro?

R – Sentir-me bem, estar contente... fazer alguma coisa que me faz sentir bem ou quando me fazem alguma coisa que me faz sentir bem...

P – Consideraste saudável?

R – Às vezes sim, outras não, ... às vezes estou bem, outras não.

P – Estar ou ser saudável depende do quê?

R – De mim, dos outros, ... mais de mim, mas também das outras pessoas que estão à minha volta.

P – Achas que os jovens se preocupam com a saúde?

R – Um bocado.

P – E tu, preocupas-te com a tua saúde?

R – Às vezes tenho mais cuidado, outras não me lembro muito disso, mas sim acho que tenho cuidado comigo.

P – O que fazes para te manteres bem?

R – Vou ao médico logo que começo a ficar doente e sigo o que os médicos dizem, ...mas não me lembro de estar doente.

P – Achas que podes fazer mais alguma coisa?

Também posso ter cuidado com o que como, posso comer os alimentos certos, ...

P – E se quiseses melhorar ainda mais a tua saúde? Se quiseses sentir-te melhor, o que achas que podes fazer?

R – Ter as vacinas em dia, comer melhor, ...

P – E o que pode pôr em risco o teu bem-estar e a tua saúde?

R – A sexualidade, fazer sexo sem protecção, ...

P – Fazer sexo sem protecção, ...

R – Sim, sem preservativo, podemos apanhar HIV e outras doenças.

P – Posso perguntar se já tiveste relações sexuais?

R – Sim, claro que pode perguntar, ... não, não tive relações, ...

P – Quando chegar essa altura como te podes proteger?

R – Usando o preservativo.

P – Pensa na situação que te vou expor: se estivesses apaixonado e a tua namorada te pedisse para não usares o preservativo, o que achas que fazias?

R – Se já confiasse nela tinha relações sem preservativo, se a conhecesse há pouco tempo ou não confiasse, dizia que não, ...

P – O que é preciso acontecer para confiar?

R – Saber que namorados tinha tido, ... bem se gostasse dela é porque já a conhecia há um tempo e se calhar podia confiar...

R – Achas que assim já não haviam riscos?

P – Sim, claro que haviam...

R – Mas mesmo assim optavas por confiar e não usar preservativo...

R – Se calhar...julgo que sim.

P – Que mais pode pôr a saúde dos jovens em risco?

R – Não estou a ver...

P – Achas que o consumo de substâncias, como o álcool, o tabaco ou outras drogas, podem colocar a saúde dos jovens em risco?

R – Sim, claro que sim, podem pôr em risco...mas também é conforme as drogas...

P – Podes explicar melhor?

R – Por exemplo conheço um senhor, já de idade, que diz que o tabaco faz pior que o haxixe, ...mas também se o haxixe é fumado com tabaco faz duas vezes mal...afecta os neurónios e os pulmões... acho que fazem os dois mal.

P – Tu fumas?

R – Não. Nem gosto de estar perto de quem fuma...detesto quando uma miúda fuma.

P – E o consumo de álcool? O que pensas deste consumo pelos jovens?

R – Afecta bastante a maneira de ser. Se bebem muito envolvem-se em relações sexuais não protegidas...a pessoa quando está bêbeda não pensa em mais nada e por vezes anda à bulha ou perde a noção de onde está ou do que faz ...

P – Costumas de beber álcool?

R – Não. É muito raro.

P – Porque achas que os jovens bebem?

R – Para se armarem...

P – Para se armarem, como?

R – Sim, para parecerem maiores e mais seguros.

P – E tu, o que pensas disso? Achas que ficam mais seguros?

R – Não, ficamos mais fracos...

P – Mais fracos, como?

R – Mais frágeis, ...queremos controlar e somos controlados.

P – E consideras importante manter o controlo?

R – Claro que sim, se perdemos o controlo tudo pode acontecer.

P – E manter o controlo depende de quem?

R – De mim, de nós.

P – Queria fazer-te mais uma pergunta. Manter o controlo, depende então de quem ou de quê? De ti, dos serviços médicos ou de nada disso e sim da sorte ou do acaso?

R – De mim, ... mas também do médico, sobretudo quando estou doente ou para me informar. Embora às vezes também seja preciso ter sorte com os médicos que encontramos e ter sorte em não apanhar doenças ...

P – Depende mais do quê?

R – Acima de tudo de mim, das minhas decisões e do que faço.

P – Tinha dito que era a última pergunta mas se não te importares gostava de fazer mais uma. Posso?

R – À vontade.

P – Achas que os jovens estão bem informados sobre estas questões que falámos? Sobre a saúde, os riscos, a sexualidade, os consumos, ...

R – Eles sabem, toda a gente sabe, mas isso não chega...os adultos fazem, ...nós fazemos...quem dá o exemplo são os grandes, nós levamos a vida a ver.

P – Muito obrigado pela ajuda. Gostei muito de falar contigo, foi muito agradável.

Queres perguntar-me alguma coisa?

R – Não obrigado, também gostei.

PROTOCOLO DA ENTREVISTA (E2)

IDADE: 18 ANOS

SEXO: FEMININO

P – Bom dia, como sabes, esta entrevista tem como objectivo recolher dados sobre a saúde dos adolescentes.

Os dados recolhidos são estritamente confidenciais e só serão utilizados exclusivamente neste estudo.

Queria agradecer mais uma vez a tua disponibilidade e voltar a perguntar se não te importas que a nossa conversa seja gravada.

R – Não, não me importo.

P – Obrigada. Então para começar, gostaria de saber a tua idade.

R – Tenho 18 anos.

P – Podes dizer-me o que para ti significa “ser saudável”?

R – Estar saudável é ter boa alimentação, não ter doenças...

P – Consideras-te saudável?

R – Sim.

R – Porquê?

R – Porque não tenho doenças, acho que me alimento bem, sou feliz, ...

P – Então para ti estar saudável é...

R – Não estar doente e sobretudo sentir-me bem com o meu corpo e a minha cabeça.

P – O que podes fazer para continuares assim?

R – Continuar uma boa alimentação, estar com outras pessoas, ir de vez em quando ao médico.

P – E se quiseres melhorar a saúde e o bem-estar, o que podes fazer?

R – Acho que não posso fazer mais nada.

P – O que achas que pode pôr a saúde dos jovens em risco?

R – Dietas malucas, consumir drogas, fumar, beber álcool, ...

P – Tu bebes ou fumas regularmente?

R – Não fumo e não gosto de álcool.

P – E relativamente à sexualidade, achas que correm riscos?

R – Sim, se não usarem preservativo e a pílula, ou se fizerem sexo com muitos parceiros ou sem amor.

P – Podes explicar-me melhor...

R – Se não usarem o preservativo podem apanhar doenças ou ficarem grávidas e a pílula evita também a gravidez. Sei que o melhor será usar os dois métodos.

P – E o amor, evita o quê?

R – O sofrimento...

P – Que sofrimento?

R – Ter relações sem amor pode deixar alguém muito mal, arrependido, a sentir-se mal, ... perder o respeito por si mesmo.

P – Consideras, assim, que os riscos que podem correr não são só físicos...

R – Claro, acho mesmo que corremos mais riscos de ficarmos mal, tristes, ... sei lá, ficar mal connosco mesmos, do que outras coisas.

P – E achas que os jovens hoje estão bem informados sobre os riscos?

R – Sim, mas às vezes não cumprem.

P – Porquê?

R – Às vezes têm confiança com o parceiro...

P – O que é confiar no parceiro?

R – Saber como está de saúde.

P – E como consegues saber se está bem de saúde?

R – Se fizer análises.

P – E os jovens costumam pedir ao companheiro ou companheira para fazer análises?

R – Para mim é normal, eu já disse ao meu namorado que para termos sexo, tínhamos que fazer análises e já falei com a médica do Centro.

P – E depois de fazerem análises, pensas que é seguro ter relações sem preservativo se tiver tudo bem com os dois?

R – Não.

P – Porquê?

R – Temos de usar preservativo na mesma.

P – Para quê?

R – Eu vou querer tomar a pílula, mas os dois métodos em conjunto é mais seguro.

P – Achas que a maioria dos jovens pensa como tu?

R – Não. A maioria age sem pensar e arranja problemas, como uma gravidez ou doenças.

P – Conheces alguma adolescente que tenha engravidado?

R – Várias.

P – Achas que desejaram ou planearam essa gravidez?

R – Não, claro que não, foi por irresponsabilidade e inconsciência, sem pensar nas consequências e algumas, a maioria, abortou.

P – Achas que pode ter sido falta de informação?

R – Não. Não falta informação. É sempre bom sabermos mais, tirarmos dúvidas e até porque por vezes temos informação incorrecta, mas temos informação suficiente para não nos metermos nestas embrulhadas.

P – Manteres-te saudável e sem problemas, depende de quem ou de quê?

R – De mim... essencialmente de mim..

P – Dizes que depende “essencialmente” de ti. Achas que os serviços médicos e a sorte ou o acaso podem influenciar também a tua saúde, ou não?

R – Acho que é um bocadinho dos dois.

P – Desculpa, não sei se percebi bem, que dois?

R – As minhas decisões são o mais importante e o que os médicos dizem também nos ajuda. Relativamente à sorte, isto não é uma questão de sorte. Há pessoas que dizem que têm sorte, ... eu não penso assim, se eu quero uma coisa tenho e lutar por ela e se correr mal é essencialmente porque as minhas decisões não foram as melhores.

P – Gostei muito de te conhecer e de falar contigo, muito obrigado pela colaboração.

PROTOCOLO DA ENTREVISTA (E3)

IDADE: 15 ANOS

SEXO: MASCULINO

P – Olá, como já sabes esta entrevista tem como objectivo recolher dados sobre a saúde dos adolescentes.

Os dados recolhidos são estritamente confidenciais e só serão utilizados exclusivamente neste estudo.

Queria agradecer mais uma vez a tua disponibilidade e voltar a perguntar se não te importas que a nossa conversa seja gravada.

R – Não.

P – Obrigada. Então para começar, gostaria de saber a tua idade.

R – Tenho 15 anos.

P – Podes dizer-me o que para ti significa “ser saudável”?

R – Comer bem, fazer exercício, não fumar, não beber, etc. Também não estar doente e sentir-me bem, por dentro e por fora.

P – Fazes isso tudo?

R – Quase tudo, não bebo álcool, não fumo, acho que como bem e faço exercício – jogo futebol.

P – Consideras-te, então saudável?

R – Sim.

P – O que podes fazer para continuares assim?

R – Continuar a fazer tudo o que disse e não andar com más companhias.

P – Continuar a fazer tudo o que fazes... podes clarificar?

R – Comer bem, fazer exercício e não me meter em drogas.

P – E o que poderia pôr em risco a tua saúde?

R – Fazer tudo ao contrário do que disse, fumar, beber, comer mal, muitas saídas à noite, coisas assim...

P – Quem é que decide se vais por esse caminho ou por outro?

R – Eu.

P – Só depende de ti?

R – De mim e dos outros, dos amigos.

P – Porque se colocam os jovens em risco?

R – Porque acham que fica bem fumar e beber para serem superiores.

P – Que mais pode pôr a tua saúde em risco?

R – Não me lembro de mais nada.

P – E relativamente às relações sexuais, achas que existem riscos?

R – Sim, das doenças e da gravidez.

P – Como se podem evitar esses riscos?

R – Principalmente usando o preservativo.

P – Posso saber se já tiveste relações sexuais?

R – Não tive.

P – Achas que os jovens estão bem informados sobre estes assuntos?

R – Sim, acho que têm a noção dos riscos.

P – Se estão bem informados porque achas que continuam a correr riscos?

R – Não sei.

P – Não fazes ideia?

R – Acho que sabem mas não pensam na altura ou acham que nada vai acontecer com eles. Muitas vezes são também os amigos... são influenciados pelos amigos.

P – Quando um jovem bebe demais o que pode acontecer?

R – Pode ser expulso da festa, pode-se envolver com uma rapariga e não ter cuidado, meter-se em barulhos, ...

P – Manteres-te bem e saudável, depende de quê ou e quem?

R – Depende de nós, das minhas escolhas e do que faço.

P – E os médicos, consideras que contribuem para te manteres saudável?

R – Os médicos é mais quando estou doente - e nunca estou. Também são importantes porque dão informação e medicamentos, mas também depende de nós se tomamos os medicamentos e se seguimos a informação.

P – E a sorte ou o acaso, têm alguma relação com a tua saúde?

R – Talvez um pouco... há coisas que se calhar é sorte ou azar, não dependem de mim, como ter uma doença esquisita e marada.

P – Seria bom ficar a conversar contigo mais tempo mas ficamos por aqui hoje. Gostei muito de te conhecer, muito obrigado pela colaboração.

PROTOCOLO DA ENTREVISTA (E4)

IDADE: 17 ANOS

SEXO: FEMININO

P – Olá, como já sabes esta entrevista tem como objectivo recolher dados sobre a saúde dos adolescentes.

Os dados recolhidos são estritamente confidenciais e só serão utilizados exclusivamente neste estudo.

Queria agradecer mais uma vez a tua disponibilidade e voltar a perguntar se não te importas que a nossa conversa seja gravada.

R – Não me importo nada

P – Obrigada. Então para começar, gostaria de saber a tua idade...

R – Tenho 17 anos.

P – Podes dizer-me o que para ti significa “ser saudável”?

R – É estar bem consigo mesma, estar bem física e psicologicamente.

P – Consideras-te saudável?

R – Não muito.

P – Porquê?

R – Não gosto do meu corpo.

P – O que gostavas de modificar?

R – Gostava de ser um bocadinho mais alta e mais magra.

P – O que podes fazer para melhorar o teu bem-estar?

R – Talvez comer um bocadinho melhor, mais vegetais e menos gorduras, praticar desporto, ...

P – Porque não o fazes?

R – Às vezes faço, mas não é fácil manter estas intenções.

P – E o que pode pôr em risco a tua saúde?

R – Fazer tatuagens ou *percings* num sitio qualquer que não se conheça...

P – Lembras-te de mais alguma coisa que possa pôr em risco a tua saúde?

R – O consumo de drogas. Os jovens por vezes começam pelo tabaco, álcool, haxixe e acabam a consumir outras coisas.

P – Fumas ou consomes álcool com regularidade?

R – Não fumo e só bebo álcool em festas ou assim... bebo pouco.

P – E relativamente às relações sexuais achas que os jovens correm riscos?

R – Sim, bastante. Por vezes quando bebem em excesso entram em relações, sem protecção e que não querem e podem ficar doentes ou acontecer uma gravidez.

P – Posso perguntar se já tiveste relações sexuais?

R – Sim, já tive.

P – E usaste sempre protecção?

R – Nem sempre. Eu tomo a pílula para não engravidar, mas o preservativo nem sempre.

P – E porquê?

R – Porque comecei a conhecê-lo, a confiar e um dia ele pediu e eu cedi.

P – Como te sentes hoje em relação a essa decisão?

R – Quando acabámos a relação, porque soube que ele andava com outra, fiquei logo arrependida e fui logo fazer análises ... felizmente estava tudo bem.

P – Concordas que nem sempre é fácil pôr em práticas as nossas convicções e ideias?

R – Concordo. Eu sei o que é melhor para mim e sei como devo proceder para me proteger mas às vezes não é fácil. Quando estamos apaixonados fazemos tudo ao contrário.

P – Consideras que os jovens têm informação suficiente sobre estes assuntos?

R – Sim, mas é como o ditado “só acontece aos outros”.

P – Se consideras que estão bem informados, porque achas que correm tantos riscos?

R – Muitos é porque a informação que têm é vasta e vão mais por aquilo que os amigos dizem, ou seja, sabem que o preservativo é o único meio de evitar a transmissão de doenças mas pensam “uma vez só...”

P – Então o estar bem ou saudável depende de quem ou de quê?

R – Um bocadinho de nós, um bocadinho de quem nos rodeia e também dos médicos que nos dão informações e indicações.

P – Por vezes ouço dizer - “tive azar”, concordas com esta afirmação quando falamos de saúde?

R – Às vezes. Porque quando estamos bem é fácil tomar decisões, mas quando estamos mal e pedimos opinião ou ajuda aos amigos, é preciso ter sorte com os amigos, pois por vezes dão conselhos errados.

P – O que achas que pesa mais quando falamos de saúde? Será que somos nós, os serviços médicos ou a sorte/azar?

R – Primeiro nós, somos nós que escolhemos o que queremos fazer. Depois os médicos e depois um bocadinho de sorte ou azar. Também é preciso sorte para não ficar

doente e com os médicos que nos atendem, se acertam ou não com o que temos e com os remédios que nos dão.

P – Por mim não preciso de te perguntar mais nada. Muito obrigado por toda a colaboração e gostei muito de te conhecer.

Faculdade de Psicologia
e Ciências da Educação
Universidade de Lisboa
BIBLIOTECA